

**ANNEE 2016**

N°

**STAGE DE NIVEAU 1 EN MEDECINE GENERALE :**  
**DETERMINANTS ET ACTIONS POUR UN CHOIX EN ZONE RURALE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 22 septembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Guillaume BALLY

Né le 8 mai 1983

A Saint Martin d'Hères (38)

**ANNEE 2016**

N°

**STAGE DE NIVEAU 1 EN MEDECINE GENERALE :  
DETERMINANTS ET ACTIONS POUR UN CHOIX EN ZONE RURALE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 22 septembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Guillaume BALLY

Né le 8 mai 1983

A Saint Martin d'Hères (38)

Année Universitaire 2016-2017  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2016

**Doyen :**

1<sup>er</sup> Assesseur :

Assesseurs :

**M. Frédéric HUET**

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

			<b>Discipline</b>
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	Médecine interne
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Denis	<b>KRAUSÉ</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-François	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	<b>MANGOLA</b>	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

## PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	<b>BRENOT</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b>	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	<b>FREYSZ</b>	(surnombre jusqu'au 28/02/2017)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	<b>MICHEL</b>	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Jean	<b>CUISIENIER</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	<b>GAMBERT</b>	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>POTHIER</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>WALDNER-COMBERNOUX</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Jean-Pierre	<b>CHARPY</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

#### **PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

### **COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Madame le Professeur Christine BINQUET

Monsieur le Professeur Paul ORNETTI

Monsieur le Docteur Christophe ROHRBACH

## **AUX MEMBRES DU JURY**

*Le Président, Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS*

Votre soutien lors de mes premiers semestres m'a été précieux. Pour conclure ces années d'études, vous avez accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus sincère reconnaissance.

*Madame le Professeur Christine BINQUET*

Pour votre gentillesse et votre disponibilité lors de notre premier entretien. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse, veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

*Monsieur le Professeur Paul ORNETTI*

Pour votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse, veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

*Mon Maître de Thèse le Docteur Christophe ROHRBACH*

Notre rencontre date déjà de trois ans et demi, durant tout ce temps, tu auras été successivement mon Maître de Stage, mon confère lors de mes remplacements à Toulon sur Arroux et pour finir mon Maître de Thèse. Mais surtout, tu m'auras permis de devenir ce que je suis. Un médecin bien dans sa tête, bien dans son temps, prêt à se lancer dans la folle épopée des Maisons de Santé, du travail en équipe. Pour tout cela je t'en suis reconnaissant.

Et j'en suis sûr, nos chemins se recroiseront... qui sait peut-être à la FEMAGIBS !

## **A MA FAMILLE**

*A la femme de ma vie, Sophie*

Toi qui partage ma vie champêtre depuis bientôt cinq ans, toi qui m'a fait découvrir une vie que je ne soupçonnais pas. Tu m'as soutenu, poussé à finir cette thèse. Ça y est nous y sommes ! Pour tout cela merci !

Une nouvelle vie s'ouvre à nous, pleine de projets, d'envies, de rêves, il y en a tellement : par où commence t-on ?

Je t'aime.

*A mes parents, Béatrice et Bruno*

Merci d'avoir toujours cru en moi durant ces longues années. A ma mère pour son écoute, nos discussions tard le soir si importantes à mes yeux. A mon père pour sa présence durant toutes mes études, et pour ses conseils avisés lors de cette dernière ligne droite.

Merci d'avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

Avec tout mon amour.

*A mon frère, Benoît*

Même si on ne se voit pas souvent, ce lien invisible qui nous lie sera toujours présent. Quel qu'en soit les circonstances, sache que je serai toujours ton grand frère et prêt à tenir ce rôle au moindre instant !

*A Mamie Suzanne*

Mes souvenirs d'enfance comme les derniers instants passés en ta présence, seront toujours gravés au fond de mon cœur.

Je suis heureux que tu ais pu découvrir notre vie en Bourgogne. Si on en est là, c'est aussi grâce à toi.

Même dans tes derniers jours, tu me demandais, « Alors cette thèse, toujours pas finie ? » Voilà Mamie, le grand jour est arrivé, et j'en suis sûr, tu aurais été très fière de ton petit-fils.

*A ma famille Bourguignonne*

Merci de m'avoir entouré de votre affection dès les premiers instants. Trop nombreux pour tous vous citer, mais vous êtes dans mon cœur, merci pour ce que vous êtes, merci pour tout ce que vous m'apportez.

## A MES AMIS

*Benjamin,*

Treize ans déjà, que je sonnais à ta porte avec mon matelas en prévision de soirées Med' mémorables. Treize ans d'une amitié sincère et indéfectible malgré la distance, faite de franches rigolades, de siestes et de confiance.

Treize années qui ne seront que le début de cette belle amitié !

*La bande Grenobloise, Fabien, Claire, Gilou, Delphine, Cécile, Laurène et leur moitié*

Ça y est la boucle est bouclée, treize ans après, en bon retardataire, je ferme le livre de nos études, mais que de bon moments passés.

Un nouveau livre s'ouvre et j'espère vous y voir toujours autant en bonne place.

Bises à vous et tous vos bambins.

*La fine équipe du Bocage, Clément, Julien, Denis*

Que seraient ces trois années d'internat sans vous. Grâce à vous, le brouillard, la pluie Dijonnaise s'est vite dissipée pour faire place aux parties de baby, aux soirées geek, aux projets les plus fous...D'ailleurs, c'est pour quand Las Vegas !

Six ans plus tard, Julien, Denis, vous revoilà chez les cigales, Clément retour à la vie Lyonnaise.

Mais pour la bonne viande et le bon vin, le Nord vous sera toujours ouvert.

*A tous mes amis Charolais,*

Merci d'être là, merci de contribuer à me faire aimer cette belle région.

## **A TOUS LES MEDECINS, MES MAITRES**

*Michel, Christophe, Jacques, Paolo, Hélène, mes premiers Maitres de stage*

Comme je redoutais, moi petit Grenoblois, d'aller me perdre au fin fond de la Nièvre...Quel sot j'étais ! Merci pour votre bienveillance durant ce premier contact avec la Médecine Générale...rurale de surcroit ! Merci de m'avoir ouvert les yeux sur une pratique que je méconnaissais et qui est maintenant mienne. Promis, je reviendrais vous voir très vite.

*Marie-Angèle, (et Jean-François)*

Je ne saurais dire le combien d'interne j'étais lorsque vous m'avez accueilli dans votre cabinet. Ce que je sais en revanche, c'est que durant toutes vos années, vous avez été pour moi, nous les internes, une oreille attentive, un Maitre de Stage disponible et bien au delà. Merci pour ce que vous êtes, merci pour ce que vous m'avez apporté.  
Merci au cuistot !

*Patrice,*

Il y a quatre ans, tu désespérais de trouver un jeune pour s'installer à Charolles. Depuis tu attendais patiemment que j'arrive. On y est, et je suis heureux de pouvoir travailler à tes cotés.  
Merci pour ta patience !

*Hélène,*

Premier remplacement, premier sans filet. Merci pour ton accueil et tes bons conseils pratiques toujours appliqués. Merci pour ton amitié.  
Et n'oublis pas « Winter is Coming »

*Philippe,*

Nos repas les mercredis midi me manqueront. Avec qui vais je dissenter sur le dernier épisode de Game of Thrones, ou découvrir les teasers des prochains Star Wars !  
Impossible de se perdre de vue !

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

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

Introduction	p 14
Méthode	p 16
Résultats	p 18
I. Méconnaissance	p 19
II. Appréhension et crainte du stage de niveau 1	p 25
III. Critères de choix	p 28
IV. Attentes et influences	p 33
Discussion	p 39
Conclusions	p 48
Références Bibliographiques	p 49
Annexes	
➤ Annexe 1 : Verbatims des entretiens semi-dirigés	p 51
➤ Annexe 2 : Canevas d'entretien	p 52
➤ Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des interviewés	p 54
➤ Annexe 4 : Diagramme du référentiel CanMEDS « Marguerite » du médecin généraliste	p 55

## ABREVIATIONS

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

CBGE : Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

IMG : Interne en Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSU : Maitre de Stage Universitaire

## INTRODUCTION

L'Atlas du Conseil de l'Ordre National des Médecins (CNOM), version 2016, confirme la chute inexorable du nombre de médecins généralistes en activité, depuis quelques années. Celle-ci devrait se poursuivre jusqu'en 2025 avec une perte d'un médecin sur quatre sur la période 2007/2025 (1).

Outre cette baisse drastique du nombre de médecins généralistes, c'est l'importante disparité nationale dans l'offre de soins primaires qui est préoccupante (2). La carence de médecins généralistes en zone rurale est très souvent évoquée. Néanmoins, ce dernier Atlas montre que, même si cela reste vrai, de nouvelles régions comme l'Île de France ou PACA commencent à être en souffrance.

Plus proche de nous, en Bourgogne, seule la Côte d'Or ne subit pas la baisse de ses effectifs. Mais la situation est plus préoccupante pour la Nièvre et l'Yonne qui sont les départements enregistrant la plus forte baisse à l'échelle nationale.

Différentes mesures ont été mises en place par les gouvernements successifs, pour rendre attractives ces zones en souffrance, principalement basées sur une incitation financière.

En 2006, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a mené une revue de la littérature internationale, dans le but d'évaluer les mesures mises en place pour améliorer la répartition géographique des professionnels de santé (3). La plupart de ces incitatifs étant moyennement efficaces et surtout n'ayant que peu d'impact sur le long terme.

Toute fois, dans ce travail, une étude canadienne (Bilodeau et al.) est particulièrement intéressante. Elle montre que plus les étudiants sont mis précocement au contact d'une activité médicale en zone rurale et/ou sous dotée, plus la probabilité que certains d'entre eux fassent le choix d'y exercer ensuite augmente (4).

Bien que publiée en 2006, l'étude menée par Bilodeau fait écho à celle publiée, dix ans plus tard dans l'Atlas du CNOM, cherchant à montrer l'impact du stage d'initiation à la Médecine Générale en deuxième cycle, sur le choix de cette spécialité. C'est durant le stage de niveau 1, obligatoire dans la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine Générale, que les internes découvrent véritablement la pratique de leur futur métier (5).

Il semble donc que ce premier contact avec la médecine générale soit un moment crucial pour sensibiliser les futurs médecins à des pratiques médicales variées dont celle en zone rurale.

Le choix du stage étant libre et si on souhaite favoriser la venue d'internes de médecine générale dans ces zones en souffrance démographique, il est donc nécessaire de connaître leur représentation, leurs attentes et les critères de choix pour ce stage.

C'est ce que tentera d'apprécier notre étude :

Identifier les déterminants du choix d'un stage de niveau 1 en zone rurale auprès des internes de médecine générale, afin de mettre en place des outils incitatifs.
---

## METHODE

Pour mener à bien cette question de recherche une étude qualitative a été réalisée à partir de dix entretiens individuels semi-dirigés, sur une période s'étalant de Mars à Juin 2016.

Ces entretiens ont été menés auprès d'Internes en Médecine Générale (IMG) n'ayant pas encore réalisé leur stage de niveau 1.

L'échantillonnage a été de type « boule de neige », les premiers internes recrutés étant des connaissances de l'investigateur principal.

Néanmoins, afin d'obtenir un échantillonnage de type variation maximale, les caractéristiques de sexe (6)(7), du nombre de semestres validés, ainsi que le milieu d'origine des internes ont été prises en compte (8). Les autres critères sociodémographiques n'ont pas été pris en compte pour l'inclusion.

Ceci afin de permettre une large diversité dans les représentations, critères de choix et attentes que peuvent avoir les internes.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigateur principal. Celui ci menait les interviews en se basant sur un guide d'entretien préalablement réalisé. En préambule, l'entretien débutait toujours par un court exposé de la question de recherche.

Afin de pouvoir réaliser une retranscription intégrale des entretiens, ceux ci ont été enregistrés simultanément sur deux supports numériques distincts. En complément de ces enregistrements audio, l'investigateur principal prenait des notes afin de pouvoir noter les éléments de communication non verbale de chaque interne.

A partir des fichiers audio, une retranscription mot pour mot, de chaque entretien, a été réalisée par l'investigateur principal, puis anonymisé, afin d'obtenir les verbatim sur support informatique.

Une analyse thématique par codage inductif des verbatims ainsi obtenu, a été réalisée à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives NVivo 11.0.

Cette méthode d'analyse consiste en une première étape de décontextualisation des données (les verbatims étant découpés et codés selon leurs unités de sens, puis catégorisés). S'en suit une étape de regroupement par liens logiques, puis de recontextualisation.

La phase de recueil a pris fin lorsque la saturation des données à été atteinte.

## RESULTATS

Le recueil des données à pris fin une fois le dixième entretien réalisé. La saturation des données ayant été atteinte lors du neuvième entretien et confirmée par le dixième.

Au terme des entretiens, la population échantillonnée était composée de dix internes en médecine générale n'ayant pas encore réalisés leur stage de niveau 1.

Le sexe ratio était de 6 femmes pour 4 hommes.

Un des paramètres pris en compte pour la constitution de l'échantillon était le nombre de semestres réalisés avant le stage niveau 1 : quatre internes étaient en premier semestre, quatre étaient en deuxième semestre et deux en troisième. Concernant les milieux d'origines : 4 d'entre eux étaient originaires d'une zone rurale, ou semi rurale, contre 6 d'origine urbaine.

Le détail de la composition de l'échantillon peut être consulté en annexe 3.

L'analyse thématique par méthode inductive, a pu mettre en évidence un résultat important : une méconnaissance globale de la spécialité de la part des internes qui sera détaillée par la suite. Par ailleurs, cette analyse a permis d'apprécier le cheminement d'un interne lors de ses choix, ses craintes, ainsi que l'attente qu'il peut formuler vis à vis de ce stage.

*Nota bene : Pour des questions de lisibilité, les extraits de verbatims seront cités en italique sur fond gris. Ces extraits anonymisés, permettent d'illustrer les résultats cités dans le paragraphe qui les précède.*

Au total l'analyse qualitative réalisée a permis d'identifier 4 axes importants permettant de répondre à la question de recherche :

1. Méconnaissance
2. Appréhension
3. Critères de choix
4. Attentes et influences

Ces 4 axes vont maintenant être détaillés.

## **I – Méconnaissance :**

Cette méconnaissance se situe à plusieurs niveaux :

### **A) Méconnaissance du fonctionnement du stage de niveau 1 :**

Les internes interviewés avaient une conception similaire du déroulement du stage de niveau 1, avec une vision idyllique de la mise en autonomie progressive. Cette conception s'articulait autour d'une approche du stage en trois étapes : une phase d'observation, une phase en binôme et une phase d'autonomie supervisée.

**IMG1** : « Après, comment ça se passe, je sais que en général on fait des consultations au début avec eux. Et puis après si ça va, je pense qu'ils nous laissent un peu plus en autonomie, mais pas tous. Pas tous les prat' laissent en autonomie. »

**IMG5** : « Mais je trouve que c'est bien, parce qu'il doit y avoir une période d'adaptation comme dans les stages habituels, c'est à dire que pendant un ou deux mois on est avec le médecin, on suit les consultations, on voit comment marche le cabinet. Et puis au bout d'un moment, il nous laisse seul en étant dans une pièce à côté, si...pour débriefé après la consultation, ou après la journée de consultations. »

**IMG6** : « J'imagine que ça dépend des prat', mais que au début on est quand même plutôt encadré et qu'après, on nous laisse un petit peu diriger la consultation, voir peut-être même en faire certaines toutes seules. »

**IMG8** : « Enfin selon moi, c'est comme ça que s'est censé, officiellement se passer. On m'avait dit que c'était deux mois, deux mois, deux mois. Deux moi aucune autonomie mais partenariat avec le prat' pour apprendre. Deux mois, autonomisation partielle et deux mois, autonomisation complète. »

Néanmoins une grande majorité des internes laissaient sous entendre que ceci était le déroulement idéal qu'ils espéraient tous. Avec en point d'orgue une volonté d'autonomisation.

**IMG2** : « Mais après, en tant qu'interne, je n'aurai pas envie d'être observatrice pendant 6 mois. Et après oui qu'il... comment dire. Qu'il y ait une autonomie un peu progressive. »

**IMG8** : « Avec peut être, je pense, maintenant c'est ma conception de la chose, euh, un début comme ça en binôme avec une autonomisation progressive. Euh et pour finir, j'espère, par une autonomisation complète à la fin du stage, progressive quoi. »

En revanche ce qui ressortait de beaucoup plus flou, était le fonctionnement pratique du stage chez le médecin généraliste. Le nombre de Maître de Stage Universitaire (MSU) était quelque chose d'assez abstrait pour les internes, de même que la gestion du planning.

**IMG4** : « Et qu'on tourne, peut être une semaine chez l'un une semaine chez l'autre. Je dirais qu'il y en aurait deux ou trois et que soit on est assis sur le tabouret à côté, soit on est autonome. »

**IMG9** : « Non pas tellement. Juste, ben ça dépend. Je sais que parfois il y a des...enfin, il y a plusieurs médecins en général : ça peut être...je sais pas si deux ça existe. Mais en général c'est trois. Là en ce moment à Paray à l'internat, il y a en a qui ont six prat' différents. Et puis ça tourne : alors eux ils tournent toutes les semaines. Je sais que parfois ça tourne en fonction des jours. Mais non je n'en sais pas beaucoup plus. »

Toute fois, que ce soit pour le déroulement général ou pour le quotidien, l'ensemble des internes précisait bien que c'était leur vision du stage, sans pour autant que ce soit forcément la réalité.

**IMG2** : « Ben pas vraiment. Après, du moins, moi ce que j'en attendrais, mais je sais pas si ça se passe comme ça mais ? »

**IMG8** : « Ca serait comme ça. Enfin j'espère que ça serait comme ça ».

Deux internes avançaient l'idée que bien qu'ils avaient une connaissance partielle de ce que l'on pouvait attendre d'eux au cours de ce stage, à l'inverse ils n'étaient pas au fait des obligations que pouvaient avoir les MSU envers les internes.

**IMG5** : « On n'a absolument rien...moi personnellement j'ai eu aucune information sur comment ça devrait se passer : est ce que le médecin doit être là, est ce qu'il peut te laisser seul, est ce qu'il doit être dans la salle à coté. Euh, est ce qu'il doit te laisser en autonomie ou pas ? »

**IMG9** : « Ben oui, ça serait bien. Après je pense que les prat' ont chacun leur façon de fonctionner aussi et leur façon d'apprendre donc...Est ce qu'ils ont une conduite à tenir vis à vis de nous, je sais pas trop. »

## **B) Méconnaissance des aides financières disponibles :**

Une interne évoquait l'aspect financier comme frein au choix d'une zone rurale. Et, bien qu'elle soit en passe de choisir son stage pour le prochain semestre, elle pointait du doigt le manque d'information sur d'éventuelle aides financières.

**IMG1** : « Ce serait qu'on ait peut-être plus d'aides en fait. Pour ma part vu que cela reste toujours sur le problème financier, peut être qu'on nous apporte une aide pour ceux qui feraient des déplacements qui occasionneraient vraiment des frais d'essence important. Après, il y a quand même les frais de transports qui existent, le remboursement..

*IP* : (...) Est ce que tu sais s'il y a des aides ?

**IMG1** : Non, non je ne sais pas du tout. Pour ça je ne suis pas au courant

*IP* : Des aides justement, comme tu dis financières, pour la prise en charge des trajets ?

**IMG1** : Non pas, je ne suis pas au courant de cela. Je pense qu'il y a aussi un manque d'information. »

## **C) Une vision approximative de la ruralité et de l'activité de médecin généraliste qui en découle.**

Durant les entretiens, les internes étaient interrogés sur la définition de la ruralité, afin de comprendre pourquoi ces stages en zone rurale étaient souvent les derniers choisis. Très vite, dès les premiers entretiens, il est ressorti une très nette difficulté à la définir. Bien que la question était explicitement posée sur le terme de ruralité de

façon globale, systématiquement elle était rattachée en premier lieu au mode d'exercice de la médecine générale.

La vision que pouvaient avoir les internes concernant la médecine générale en zone rurale, était faite d'une pratique ancienne, isolée, associée à une charge de travail plus importante avec moins de « bobologie ».

**IMG1** : « Pour moi le rural, c'est vraiment euh, je qualifierai ça de, entre guillemets, d'exercice vraiment de nos confrères antérieurs, on va dire. Vraiment le médecin de campagne, voilà, le médecin de famille. Dans les petits villages, qui fait plusieurs petits villages. »

**IMG2** : « Et puis oui l'activité, c'est vrai que, on dit voilà, qu'on fait plus de... (réflexion) enfin qu'on voit, peut être voilà, comme on dit, la bobologie tu vois ça qu'en ville. »

**IMG4** : « Je me dis qu'il y a encore des médecins en zone rurale qui travaillent seul. Qui doivent travailler beaucoup et donc qui sont très disponibles. Un peu à la vieille école je dirais, très disponibles, même en dehors du cabinet, qu'on puisse les appeler et que c'est un choix. Et qu'ils doivent le vivre bien, mais ça doit être quand même une grosse charge de travail. »

**IMG10** : « Bah solitude c'était plus du côté médical en fait. C'était plus par rapport au côté médical dans le sens ou si tu es médecin, ou si tu es seul dans le cabinet rural, tu as moins d'accès à tout quoi. Tout ce qui est personnel paramédical... »

Toutefois certains d'entre eux avaient une vision plus positive de la médecine rurale avec une relation médecin malade plus poussée avec des patients qui font plus confiance à leur médecin, une prise en charge globale du patient et de sa famille. Au contraire de la ville.

**IMG3** : « Et plus le côté, du coup le côté social qui est, je pense, la grande différence entre la médecine rurale et la médecine de ville, où on a des patients, peut être, qui ont tendance à faire beaucoup plus confiance à leur médecin. Alors qu'en ville, ils veulent que ça aille vite. Ils ont souvent fait leurs recherches avant, ils expliquent au médecin ce qu'ils veulent, ils ne partent pas sans l'avoir eu. En campagne, il y a un aspect, je pense plus serein, plus de confiance »

**IMG5** : « Ouai c'était plus intéressant à la campagne, parce que tu prends vraiment les patients de A à Z. Et puis le médecin ils les connaissaient vraiment, eux et leur famille, les grands parents, les parents...Donc non c'était intéressant. »

Lorsque l'investigateur principal recentrait la question de la définition hors contexte médical, les internes évoquaient alors dans une très grande majorité : une faible densité de population, moins de structures de premiers recours (commerces, moyens de transport...), l'isolement.

**IMG3** : « Bin ça m'évoque, je sais pas, beaucoup de vide, des grandes étendues, quelques habitants au milieu. Plus de bêtes que d'habitants. Puis voilà, le calme, l'air pur. L'air pur qui sent pas bon ! »

**IMG9** : « Peut être tout ce qui est commerce. La proximité des commerçants, des commerces...(Réflexion) Après...non je sais pas : tout ce qui est moyens de transport aussi, si c'est bien desservi ou pas. (Blanc). »

Cette vision du milieu rural, parfois péjorative, était très souvent une représentation théorique puisque certains internes précisait bien qu'ils n'avaient jamais été confronté à la vie de campagne, puisqu'ayant grandi, vécu que dans des zones urbaines, péri-urbaines comme Lyon, Paris, Dijon.

**IMG1** : « Oui, je pense que oui, après, je pense que tant qu'on n'y est pas passé, tant qu'on a pas vu par soi même, ce que s'est vraiment la vie rurale, ou le stage chez le prat' en milieu rural, moi je pense que oui. Quelqu'un qui n'a jamais vu ça, ça fait peur. Ça fait peur de se retrouver au fin fond du monde. »

**IMG4** : « J'ai grandi en périphérie de grosses villes, donc c'est pas évident de forcément s'acclimater dans du rural pur où on est isolé. Dans un milieu isolé en fait. »

**IMG8** : « Bah, parce qu'ils ne connaissent pas. Je pense. Parce qu'ils ne connaissent pas, c'est des amis donc on se ressemble. Mais eux me diront : « non je trouve que c'est un peu loin, truc bidule... Je ne me vois pas faire 5km pour acheter du pain, machin ». Je suis sûr qu'en réalité, ils s'adapteraient totalement à ce mode de vie. »

Dans leurs discours, deux internes laissaient transparaître toute l'influence que peut avoir le milieu d'origine et les a priori que cela peut engendrer.

Ceux venant d'une ville comme Lyon voyaient tous le reste plus ou moins comme une ville rurale, d'autres originaires de la campagne voyaient des communes comme Le Creusot, comme une grande ville.

**IMG5** : « Bah oui, mais je sais pas, après moi je viens de Lyon donc forcément tout ce qui est plus petit ça me paraît bon, pas rural...Dijon c'est pas rural mais c'est plus petit que Lyon et je trouve ça minuscule. »

**IMG7** : « Bah oui, tout à fait. Je vois là, j'ai choisi d'être mon premier semestre au Creusot, personne ne voulait aller au Creusot. Parce que pour la plupart des gens c'est la campagne...Alors que pour moi c'était la ville ! (Rires). »

## **D) Cette méconnaissance a un impact et des causes :**

### **Conséquence :**

Lorsque les internes étaient interrogés sur l'impact que pouvait avoir cette méconnaissance, incertitude, ils la rapportaient à une source de stress, mais aussi à l'une des raisons pour laquelle certains stages n'étaient pas choisis.

**IMG4** : « Parce que finalement, les gros freins, enfin ce qui nous freine le plus à aller en rural c'est l'ignorance ».

(IP : « Est ce que déjà tu saurais un peu me dire en quoi ça consiste le stage prat'.) **IMG5** : Et bin écoute, je sais pas trop. C'est pour ça que ça me stress un peu. » (...) « Mais du coup il faudrait déjà être passé par là avant. Parce que quelqu'un qui ne connaît pas une zone rurale, il a pas envie d'y mettre les pieds. Par exemple, j'ai vu de très bonnes choses sur pas mal de villes mais pour pleins de raisons j'y suis pas allée et du coup jamais je saurais comment ça se passe là bas. »

**IMG7** : « Oui, ça, ça retient beaucoup les internes d'aller dans ces zones là. En tout cas dans mes amis. Je sais pas les autres, mais dans mon groupe d'amis, oui c'est sur ça nous retient d'aller dans des zones que l'on ne connaît pas. »

**IMG8** : « Ouai...C'est uniquement parce que je ne connais pas...C'est vrai que je ne connais pas là bas moi. Je ne connais pas ces endroits. Je ne suis pas à l'abri d'un coup de cœur et changer d'avis hein. Complètement. »

### **Cause de cette méconnaissance :**

D'après les internes cette méconnaissance était en partie liée au manque d'information. Lorsqu'il leur était demandé de quelles informations ils bénéficiaient, la source prédominante était les évaluations de stage, ainsi que le bouche à oreille. Certains regrettaient le manque, voir l'absence d'information de la part des médecins généralistes eux même.

***IMG4** : « Non il y a un manque d'information ! On pourrait imaginer que les Med Gé se présentent. Qu'il y ait une fiche de présentation du médecin généraliste : voilà, je suis machin, j'ai selon moi, ce type d'activité là. Pour qu'on ait le plus d'informations possible et que... voir si ça peut nous plaire. »*

***IMG7** : « Euh...Après c'est des informations sur chaque praticien : leur mode de fonctionnement, ce qu'on attend de nous vraiment. »*

### **II – Appréhension globale et crainte du stage de niveau 1 :**

Les internes exprimaient assez facilement un certains nombres de craintes en pensant à leur stage de niveau 1 et qu'on peut classer selon 2 niveaux différents :

A) Il y avait d'une part les **craintes liées au fonctionnement du stage**, engendrées par cette vision approximative du bon déroulement du stage et découlant de la méconnaissance évoquée dans le premier paragraphe.

En effet, un nombre important d'internes, qu'ils soient en premier semestre ou plus âgés, exprimaient une crainte lors de la mise en autonomie. Ils l'expliquaient par une peur de l'abandon, de l'isolement, de devoir se débrouiller seul sans le MSU.

**IMG1** : « Après, ouai ouai, j'ai envie quand même d'être autonome de pouvoir gérer seule, après en même temps ça me fait peur aussi. (Rire) J'ai quand même peur du stage prat'... »

**IMG2** : « Mais après quand t'as des questions... C'est plus formateur quand tu es lâché vraiment, mais en même temps le jour où tu as vraiment une question qui t'empêche d'avancer, c'est quand même bien au début, du moins, de pouvoir toujours quand même poser ta question à quelqu'un de plus expérimenté. »

**IMG7** : « Me retrouver un peu seule face au patient...alors que là je me dis aux urgences : j'ai une équipe derrière moi, je peux voir assez facilement un sénior...Après voilà, je ne dis pas que je suis complètement seule en médecine générale ! Voilà, il y a le médecin gé qui est derrière moi aussi, mais bon, voilà, je trouve que c'est plus rassurant d'avoir fait mon stage aux urgences maintenant. »

**IMG10** : (Réflexion) « Bah me retrouver seul au cabinet, face à un patient que tu n'arrives pas à gérer quoi. Que t'es un peu perdu (...) Ouai, qu'il ne soit pas disponible et puis que tu te retrouves...Pas forcément que ce soit quelque chose de grave, mais te retrouver à pas savoir quoi...quoi faire quoi. Quelle suite donner à la consultation. »

B) Mais aussi est apparue au cours des entretiens une **appréhension plus globale**, en relation avec leur choix de la médecine générale puis de leurs compétences d'internes.

Dans un premier temps est apparu la crainte d'une remise en question complète de ce pour quoi ils avaient travaillé depuis plusieurs années. Ils redoutaient la confrontation avec la pratique réelle de la médecine générale, de peur d'être déçu par la Médecine Générale, de s'apercevoir qu'ils ne sont pas faits pour ça.

**IMG5** : « Beaucoup ! J'ai deux amies qui ont été dégouté de la médecine gé par le stage chez le prat' et j'ai aucune envie que ça m'arrive. Du coup c'est pour ça que j'ai choisi quelque chose...j'ai envie de savoir où je mes les pieds quoi. »

Ensuite, les entretiens ont laissé peu à peu transparaître la notion d'appréhension des compétences nécessaires pour être un médecin généraliste.

Cette notion a été mise en évidence lorsque l'investigateur principal évoquait la période de l'internat la plus propice à la réalisation du stage de premier niveau chez le médecin généraliste.

Pour une grande majorité des internes, il était inconcevable de choisir ce stage de façon précoce dans la maquette.

C'est lorsqu'ils justifiaient ce choix qu'est apparu alors deux stades marquant deux étapes selon l'évolution de la réflexion des internes interviewés.

Un premier stade concernait l'apprentissage des **compétences médicales de base** sans lesquelles les internes se sentiraient démunis lors de la réalisation de leur stage en médecine générale. Le manque de compétence médicale étant source de stress et d'angoisse.

***IMG2** : « Et enfin, je sais pas, arriver chez le prat' en étant un peu plus confiante en faite. En ayant un peu plus d'expérience du coup. Et pas arriver en étant un peu bancal. Enfin, je sais pas le côté plus à l'aise peut être. Si je fais plusieurs stages avant d'aller chez mon prat', je pense que je serais plus à l'aise. »*

***IMG5** : « Et je voulais absolument faire mes stages de spé, avant de faire le prat'. Par exemple gynéco, je voulais le faire avant parce que si j'ai envie de faire des trucs pendant le prat', gynéco, bin je les ai déjà appris pendant mes six mois là bas »*

***IMG8** : « D'acquérir un peu d'autonomie et de confiance parce que je pense que je serais trop juste niveau connaissances. »*

***IMG10** : « Euh, bah je voulais déjà faire les urgences, pour avoir déjà vu...pas mal de choses. Qui peuvent se retrouver au cabinet. »*

Puis, un second stade de réflexion était la prise de conscience de la nécessité d'acquérir des **compétences supplémentaires et spécifiques à la médecine générale**. Ce deuxième champ de compétence ne pouvant être appréhendé durant leur stage de niveau 1, que si le premier stade (compétences de base) avait été acquis au préalable. D'où ce besoin de le remettre au plus tard dans la maquette.

**IMG2** : « Je préférerais avoir plus de maturité par rapport à mes connaissances, on va dire. Pour essayer de voir après chez le prat' (...) Ben, au moins sur les connaissances médicales. Peut être après dans la gestion des problèmes du cabinet, de la médecine de ville, enfin... Chez le médecin, oui je sais pas. »

**IMG4** : « En gros, je fais ma maquette, et donc pour avoir vu un stage adulte, les urgences, la gynéco pédia...et comme ça arriver en ayant plus d'outils et pas être embêté par les obstacles médicaux. Donc, être bien à l'aise pour apprendre le plus possible quoi. Pas galérer, car si je ne fais pas la gynéco ou la pédiatrie, je vais galérer, donc je me focalise plus là dessus, sur la technique médicale et donc, je profite moins du stage. Donc en fin de deuxième année oui. (...) Si, si si. Mais je serais moins à l'aise, donc j'approfondirais moins, je profiterais moins, mais si je pourrais le faire. Mais si je suis déjà bien, en gynéco et en pédia et le reste...et bin, j'approfondirais plus dans la vision médecine générale des choses. Ce sera un gain de temps je pense. »

### **III – Critères de choix :**

Les interviews ont permis de mieux comprendre comment les internes choisissaient leur terrain de stage.

Plusieurs critères ont pu ainsi être identifiés :

#### **A) Critères liés à la vie personnelle :**

Les premiers critères entrant en jeu dans le choix du terrain de stage, étaient des critères purement personnels.

Tout d'abord nombreux sont les internes qui mettaient en avant leur vie affective : vie de couple, la présence ou non d'un enfant, les amis...

**IMG1** : « Un autre élément on va dire. Là mon projet, c'est sur, je suis seule. Mon projet, il est défini par rapport à juste moi. On va dire. (...) Au final, c'est la vie personnelle, en couple, la vie familiale et voilà. Il y a plein de choses. Pour moi c'est chose là vont peut-être interférer ou pas sur, en tout cas mon choix que j'ai actuellement. »

**IMG2** : « Moi je suis assez famille donc j'avoue que j'ai pas forcément envie de m'éloigner trop de mes amis, de ma famille. Ca sera en fonction du conjoint aussi. »

**IMG7** : « Donc aussi le côté pratique : à côté de la personne avec qui je suis en couple également. »

**IMG10** : « Après il y aura aussi une limite, peut être une limite de kilomètres à ne pas dépasser. Ouai, tu vois ce semestre, je me suis sacrifier. (...) Ma femme est aussi interne. Du coup elle est en dispo ce semestre. Mais le semestre prochain elle reprend et elle sera certainement aussi à Dijon. On va essayer de rester vers Dijon. »

Ensuite venait le critère financier. Une interne avait un logement sur Dijon qui pourrait s'avérer couteux si elle ne l'occupait pas, d'autres évoquaient l'absence de voiture.

**IMG1** : « c'est plutôt un aspect financier, parce que j'ai un appartement, parce que je suis seule, et que j'assume tout toute seule. Du coup, payer un loyer, être ailleurs, faire des frais de déplacement ailleurs, je trouve que c'est un peu conséquent en terme d'argent. (...) Pour ma part vu que cela reste toujours sur le problème financier, peut être qu'on nous apporte une aide pour ceux qui feraient des déplacements qui occasionneraient vraiment des frais d'essence important. »

**IMG3** : « Si je n'arrive pas à acheter une voiture d'ici là. (Rires) »

**IMG4** : « Bah, au départ, parce que j'ai pas la voiture. Mais même si je l'avais, c'est toujours un confort, de ne pas faire énormément de kilomètres. IP : Tu dis que te n'as pas la voiture ? **IMG4** : Oui. IP : C'est à dire ? T'as pas de voiture pour le moment, t'as le permis ? **IMG4** : Oui non... IP : Non ? **IMG4** : J'y travaille... »

**IMG6** : « Bah, si on n'a pas le permis ça peu bloquer mais non... »

Pour finir sur cet aspect personnel, certains internes mettaient en avant leur connaissance, leur attachement, attirance pour une région en particulier.

**IMG5** : « Je pense sérieusement, que c'est le fait qu'ils aiment bien la région, j'imagine. »

**IMG8** : « Ouais, la région ! Parce que j'aime la région je la trouve belle, je m'y sens bien »

## **B) Critères liés au terrain de stage :**

Ensuite venaient des critères liés au terrain de stage. Afin de choisir leur stage, les internes évoquaient en premier lieu la localisation du réseau. En lien avec les critères personnels retranscrits ci dessus. Avec la localisation était systématiquement évoquée comme point essentiel, la possibilité de logement. Néanmoins, les internes pondéraient cela, en précisant bien qu'être seul, isolé dans un logement en pleine campagne n'était pas incitatif. Au contraire, ils préféreraient mutualiser un logement à plusieurs, afin de rompre cet isolement.

**IMG1** : « Oui qu'on soit regroupé, qu'on soit plusieurs internes à être un peu dans la même zone, on va dire. Parce que je pense que parfois on est un petit peu assez isolé, chez le praticien. (...) C'est sûr j'ai pas trop envie, de me retrouver, comme c'est déjà arrivé à certain, tout seul, éloigné. »

**IMG4** : « On va faire le stage chez le prat', donc moi je dis, soit je prends un studio, tout seul, soit une coloc'. Sauf que si c'est en ruralité, j'ai l'impression que ça sera plus difficile à trouver. Soit s'il y a un internat pas loin, habiter à l'internat. Et c'est quand même super sympa. »

**IMG6** : « Après moi le seul truc, c'est que je n'aurais pas envie d'être toute seule perdue dans la campagne hein : à loger chez le prat' avec sa femme ! (Rires) Ca, ça ne me tente pas trop. Mais non si c'est pas loin d'un internat où on peut loger avec les autres internes ça peut être sympa ! (...) Bah, c'est quand même plus sympa quand tu rentres du boulot, il y a des gens, tu peux discuter. Mais ouais non être tout seul...dans la campagne en plus non ! (Rires) »

La découverte d'exercice professionnel varié était un critère essentiel dans le choix de leur réseau. Cela étant permis via le nombre de MSU, ainsi que leur diversité générationnelle, et une localisation tant urbaine que rurale au sein d'un même réseau.

(IP : Donc en fait, là, actuellement, tu n'y as pas trop réfléchi et du coup, tu n'es n'y fermé ni ouvert à un stage chez le prat' en zone urbaine ou en zone rurale) **IMG3** : « Je suis plutôt ouvert. Après si j'ai l'occasion de faire les deux dans le même stage ça me conviendrait plus aussi. »

**IMG5** : « Oui, parce que je pense que si on en avait qu'un, on aurait qu'une seule vision d'une médecine gé, alors que tu peux faire un petit peu comme tu veux dans ton cabinet. C'est toi qui décide donc en voir six c'est pas mal, en voir trois c'est déjà bien. »

**IMG8** : « Peut être aussi, au moins un prat' sur les deux, trois qui soit jeune : c'est à dire qu'il y ait au moins une différence d'âge entre les prat', que je puisse voir, tu vois, un petit peu...Parce que ça évolue la médecine donc ça serait intéressant de ce point de vue là. »

Ceci avec comme objectif premier : être confronté à une pratique variée de la médecine générale : (urgences, sutures, etc...). Concernant la diversification des pratiques, celle de la gynéco-pédiatrie était régulièrement citée. Au point même que certains internes aimeraient pouvoir valider celles ci en même temps que le stage de niveau 1.

**IMG3** : « Ouai. Ou peut être sur la diversité de leur activité aussi. S'il y en a un au milieu qui fait de l'écho, ou qui fait je sais pas, des infiltrations, plus de gynéco, plus de pédi. Ca pourrait être intéressant qu'ils n'aient pas tous une activité, disons basique. Qu'ils aient un peu plus des préférences, des spécialités. »

**IMG8** : « Ah oui, ça s'est un argument aussi pour mon choix : idéalement, si je pouvais trouver un stage qui me permettrait de faire de la pédi et de la valider, idéalement, c'est un critère aussi. Je l'ai pas dit tout à l'heure. »

**IMG10** : « Si aussi c'est un prat' qui fait dans son quotidien pas mal de gestes : je sais pas des infiltrations, des sutures, ce genre de chose. Ca peut aussi être intéressant. »

Pour finir sur leurs critères de choix, un point essentiel était régulièrement mis en avant, que l'on pourrait qualifier de « bienveillance du MSU ».

Cette bienveillance englobait alors la bonne entente entre le MSU et l'interne.

**IMG5** : « Et que je connais le maître de stage, il est sympa...donc je pense que ça se passerait bien avec lui et j'ai eu des bons retours. Donc c'est surtout sur oui, ce que les gens me disaient et en connaissant le tuteur...enfin le médecin chez qui je vais. »

**IMG10** : « Euh... tu sais, on a un système d'évaluation de stage etc.... donc tu sais un peu si les prat' sont sympas... Si on peut avoir un prat' sympa, autant prendre un prat' avec qui on peut bien s'entendre. »

Bienveillance nécessaire à une formation pédagogique et une mise en autonomie en douceur.

**IMG1** : « Enfin moi ça serait plus vraiment, moi je recherche en fait des prat' qui me laissent en autonomie. Donc ce que je vais regarder vraiment sur les évaluations de stage, ça va être les prat' qui vont me laisser seule faire des consultations. Voilà pour, savoir gérer en fait, moi même. J'ai pas envie d'un prat' qui soit..., qui fasse tout à ma place quoi, j'ai envie quand même de pouvoir me débrouiller toute seule. En même temps j'ai quand même envie d'avoir un médecin qui soit là derrière, ou alors s'il me laisse faire des consultations seule, qu'à la fin de la journée, voilà, il reprenne avec moi ou que je lui reparle des cas qui m'ont posé problème, rediscuter avec lui un petit peu. Voir ce qui a été, ce qui n'a pas été. De ce que j'ai bien fait ou pas bien fait, pour pouvoir m'améliorer sur les prochaines consultations. »

**IMG2** : « Enfin le côté relationnel en fait, humain, ça c'est assez important pour moi. De pouvoir m'entendre bien, et que je puisse... Enfin, oui vraiment profiter de mon stage en pouvant échanger avec lui. Qu'il puisse être là si j'ai des questions et pas ... Oui que je me sente à l'aise avec lui et... pour avoir une marge d'autonomisation. »

**IMG4** : « Si je vois que c'est quelqu'un de super sympa, de très ouvert et qu'il enseigne. »

**IMG6** : « Et aussi les maîtres de stage sûrement : plutôt pédago, plutôt sympas, plutôt ouverts... »

### **C) Critères pour un stage en zone rurale :**

Les internes n'exprimaient pas de différence entre un stage en zone rurale ou urbaine, concernant les critères familiaux.

Par contre ils se disaient attentifs à des paramètres bien précis liés à l'organisation socio-économique du territoire.

On peut notamment citer :

- l'accès internet et téléphonique
- l'accès à des commerces de proximité

- l'accès à des activités autres que professionnelles
- la disponibilité de moyens de transport en commun

**IMG1** : « Après c'est vrai que là, mon stage, bah, comme ça sera sur le semestre d'été, c'est plus agréable je trouve quand même, d'être aussi dans une ville qui bouge un peu plus l'été, que d'être dans un bled un peu paumé. »

**IMG3** : « Maintenant j'y pense, il y a peut-être une chose : c'est au moins un accès internet et du réseau téléphonique. (Rires) »

**IMG4** : « Quand même pas mal la proximité. Moi je suis pas contre de faire quelques kilomètres, mais aller dans un bar près de chez soi, sans prendre la voiture, c'est quand même sympa. »

**IMG6** : « Peut être pas trop loin d'une ville un peu plus grosse, si jamais on a besoin d'acheter des trucs. »

**IMG9** : « Peut être tout ce qui est commerce. La proximité des commerçants, des commerces...(Réflexion) Après...non je sais pas : tout ce qui est moyens de transport aussi, si c'est bien desservi ou pas. (Blanc). »

#### **IV – Attentes et influences :**

Les interviews ont par ailleurs cherché à mettre en évidence les attentes, comme les influences, que peuvent avoir les stages de niveau 1.

##### **Attentes**

Les internes mettaient tous en avant la découverte de la médecine générale d'une façon globale. Chose compréhensible étant donné leurs méconnaissances sur ce sujet, comme évoquée plus haut.

Pour tous les internes ce stage était pourvoyeur d'attentes importantes.

##### **A) Des attentes en termes d'acquisition de "savoir- faire" :**

Ce désir de découverte de la médecine générale se traduisait par la volonté d'approcher au plus près la vie d'un médecin généraliste au cours de leur stage. Ils avaient le désir d'explorer chaque aspect de celle-ci : la relation médecin malade, la prise en charge sociale, la gestion de l'absence de plateau technique à proximité, la logistique d'un cabinet, et aussi la gestion entre la vie professionnelle et privée.

C'est à dire, au total d'acquérir un certain nombre de "savoir-faire"

### Savoir-faire concernant la relation médecin malade :

**IMG7 :** « Et aussi, je voudrai voir un peu le coté plus...social, entre guillemets, qu'on peut suivre. (...) Et Je pense que, oui, il y a un autre aspect, en médecine générale, en cabinet de ville. Où il y a plus...on prend en charge plus quoi. Il n'y a pas que la maladie, il y a aussi le coté social, le coté...enfin...Je pense que : ça je sais pas faire. Et j'attends beaucoup de cet aspect là. (...) Voilà, de prendre en charge un patient, vraiment dans sa globalité ! »

**IMG8 :** « Progresser sur le plan de la médecine, progresser sur le plan social. (...) Euh...parce que c'est vrai que la relation médecin malade, on en attend beaucoup parler, mais moi je sais pas ce que c'est. Je n'ai jamais suivi quelqu'un. Apprendre cette relation là, qu'elle soit mauvaise ou positive, peu importe : avoir une relation.

### Savoir-faire en l'absence de plateau technique :

**IMG10 :** « Après, c'est vraiment, ce que je pourrais en tirer : là t'es aux urgences, donc tu as un peu tout à disposition, les infirmières, tu peux avoir un bilan, une imagerie rapidement. Mais au cabinet c'est plus compliqué, donc essayer de faire sans ça déjà ! Savoir faire sans ça. Savoir faire seul ! Parce que là j'ai un doute, je demande au chef et puis voilà quoi. »

### Savoir-faire concernant la gestion d'un cabinet :

**IMG3 :** « Je pense qu'il y a un gros aspect logistique ou ça, bin, on peut l'apprendre nulle part ailleurs qu'en étant vraiment..., voir comment ça se passe ».

**IMG10 :** « Tout ce qui est administratif. Du début à la fin : enfin du comment tu fais pour t'installer à comment tu te désinstalles on va dire. (Rires) Enfin voilà toutes les paperasses du quotidien : les demandes d'ALD... il doit y avoir des choses que je ne dois pas connaître. Voilà, un petit peu toute la paperasse. »

## Savoir-faire concernant la gestion vie privée – professionnelle :

**IMG4** : « Je lui poserai plus de questions sur un peu tous les détails de sa vie, du travail, autour du travail. »

**IMG7** : « Voilà, c'est ce que je disais : c'est vraiment ça que je vais faire toute ma vie. Là au moins je verrai comment il s'organise : oui les visites comment il peut organiser le temps de visite à domicile ou alors pas. (...) Donc oui, voir un peu comment on peut s'organiser. Voilà, organiser la vie personnelle et professionnelle. »

**IMG10** : « Bah, des choses toutes bêtes : les horaires, les repas du midi comment il s'organise. Est ce que c'est forcément obligatoire d'avoir une secrétaire. Son salaire, en fonction du nombre de... enfin des horaires qu'il fait. Les temps de consultations qu'il a pour... Ces vacances, s'il prend des vacances, combien il en prend. »

## **B) Et des attentes concernant le choix de carrière et de pratiques :**

Mais derrière cette volonté d'appréhender de façon globale et maximale la complexité de la vie d'un médecin généraliste, se cachait, pour la majorité des internes, le désir de voir leur choix de carrière, à savoir la médecine générale, se confirmer.

**IMG1** : « Du coup c'est pour ça aussi, que pour moi s'est hyper important ce stage. C'est un, ça va me permettre vraiment de, enfin, de me rassurer, j'espère, dans le choix que j'ai fait, de la médecine générale. Et de me donner confiance en fait, dans l'exercice de la médecine générale. »

**IMG4** : « j'attends que ça me plaise aussi vraiment quoi. J'ai envie que ça colle bien, que ça me donne bien envie de...que ça confirme mon choix que j'ai fait. »

**IMG8** : « De me projeter et de confirmer que c'est ça que j'ai envie de faire. Mais je suis assez confiant ! »

L'un d'entre eux avait même un niveau de réflexion plus poussé, bien qu'il ne soit alors qu'en premier semestre. Au delà de la simple confirmation et découverte de la médecine générale, il voyait en ce stage là possibilité de définir sa pratique idéale par confrontation à celle des Maitres de Stage Universitaires.

**IMG4** : *Mais moi, je reste un peu convaincu que c'est le genre de pratique que je veux. Après, il y a « Des Pratiques » ...enfin des informations que j'ai, il y a des pratiques de médecine générale, donc je voudrais « Ma » pratique de médecine générale. Mais déjà le fait de...un des trois praticiens d'externe que j'ai vu, m'a plu en terme de pratique et en terme de gestion de cabinet. Ça confirme aussi qu'il y a quand même une pratique qui m'intéresse. Donc c'est sur celle ci que j'aimerais me focaliser.*

### **Influence :**

Durant les entretiens tous les internes n'avaient aucun doute sur l'influence que pourrait avoir ce stage.

Un prérequis et 2 niveaux d'influence ont pu être identifiés.

**A)** Tout d'abord, il ressortait des entretiens qu'un **prérequis** indispensable était un bon déroulement du stage, et que celui ci soit intéressant. C'est à dire qu'il remplisse les critères de choix et d'attentes évoqués ci dessus.

**IMG6** : *« Bah, oui mais après, c'est comme tout, si ça se passe bien avec le prat' et que tu tombes sur quelqu'un qui est génial et qui te donne trop envie d'apprendre et de faire ça...tu vas te dire : « Ah je vais m'installer à la campagne, je veux être pareil, ça va être trop bien ».*

### **B) Une influence sur l'installation et ses modalités :**

Dans la mesure où le stage se déroulait bien, qu'ils s'y sentaient bien, ils pourraient être amené, pourquoi pas, dans un premier temps à venir remplacer leurs anciens MSU, voir par la suite à déclencher une éventuelle installation.

Cette influence possible était en grande partie liée à la création d'un réseau de soins lors de la réalisation du stage.

**IMG1** : « Je pense que, clairement, si je fais un stage en milieu rural, et que ça se passe très bien avec les prat', je pense que c'est une ouverture, pour remplacer après ces prat' là. Et après pouvoir s'installer, si l'envie m'en prend, dans la région, où j'aurais en tout cas fait ce stage prat'. Pouvoir aussi du coup, toujours pareils, après avoir ce réseau, connaître les médecins généralistes, connaître avec qui ils travaillent, c'est hyper important dans la pratique donc... Pour moi ça serait ça, ça serait une ouverture, vers des probables remplacements de ces médecins là. »

**IMG3** : « Des attentes ? Après moi je sais pas si je vais rester dans le coin ou ce que je vais faire mais... Ca peut permettre de commencer à développer un réseau. »

**IMG5** : « Et puis maintenant que je connais que je connais du monde ici, je pense que je vais remplacer pas mal dans le coin. »

**IMG8** : « D'installation, sûr ! Surtout, évidemment. D'installation, ouai, c'est assez évident, peut être que j'aurai un coup de cœur pour un endroit en particulier. Peut être qu'on me proposera des rempla en maison médicale. C'est vrai que la maison...le coté maison médicale me plaît vachement. (...) Si ça se passe bien et qu'on me propose des choses, c'est évident que ça m'influencera et que j'ai envie et que ça me plaît, c'est évident que ça m'influencera sur là...sur là...sur là où je m'installerai quoi. Peut être hein. »

En s'intéressant à l'éventualité d'une installation, deux profils se détachaient : soit une installation sur la zone du stage, pour une raison identique à celle du remplacement. Soit une installation dans un autre endroit mais avec des similarités avec la zone de stage : type de structure, de pratique (libéral, cabinet individuel ou Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ...).

**IMG10** : « Bah, en fonction déjà de lui comment il est installé, si c'est plus en maison médicale ou s'il est tout seul, me rendre compte de ce que lui fait déjà au quotidien, comment il s'en sort. Et voir si c'est ça que je vois quoi. (...) Pas forcément dans la zone non, mais plus sur le mode d'exercice oui. »

### **C) Une influence sur la pratique professionnelle :**

Preuve d'un niveau de réflexion plus avancé, les internes interviewés mettaient en avant qu'inévitablement le stage chez le médecin généraliste aurait une influence sur leur manière d'exercer. Soit par mimétisme soit par exclusion d'une activité qui ne leur conviendrait pas.

**IMG1** : « après je sais pas, j'ai pas encore fait, mais ça influence énormément. La manière dont le prat' va exercer et va nous montrer sa manière de faire, de mener une consultation, je pense que cela va énormément influencer comment on est nous, aussi plus tard, on va vouloir faire ou ne pas faire. Je pense qu'on a une vision personnelle de comment on veut exercer, entre guillemets, utopique, on va dire, de notre manière d'exercer. Après c'est pas forcément toujours la réalité. Le fait de voir différents modes, cela permet de ce dire bin ça on aime bien comment il fait cette consultation, on aime bien sa manière de parler, sa manière d'être. Ou on aime pas du tout. On n'aime pas sa personnalité parfois aussi. ... (euh...) ...ça détermine, pour moi ça détermine énormément, le choix qu'on fera plus tard sur comment on veut exercer la médecine. »

**IMG8** : « Bah oui oui, si je tombe sur un prat' qui mène une vie qui me plaît, c'est évident que ça m'influencera dans la manière dont je pratiquerai la médecine plus tard. C'est à dire que forcément, entre guillemets, je copierai cette façon de faire quoi. A contrario, si ça me plaît pas, si je tombe sur des gars un peu aigris, un peu frustrés de leur vie, machin, qui se plaignent un peu de tout c'est sûr que c'est pas dans cette direction que j'irai quoi. C'est valable pour tout je pense, en général quoi. »

Ils étaient également conscients que la multiplication des expériences permettait de s'ouvrir à un champ des possibles plus vaste. Toujours dans une optique de mieux choisir son futur exercice et sa pratique.

**IMG1** : « Après clairement oui, il faut avoir plusieurs expériences. Pour moi il faut faire plusieurs stages hospitaliers, plusieurs stages prat'. Pour moi il en faudrait plusieurs, pour vraiment bien choisir l'exercice futur. »

**IMG4** : « Bien sûr, carrément. C'est une expérience, donc soit elle me plaira soit elle me déplaira donc elle influencera forcément la suite quoi. (...) Oui carrément. Plus je me confronte à ça et si ça me plaît je me lance dedans et si ça me plaît pas je me lance pas dedans. »

**IMG5** : « C'est plus attrayant, c'est plus intéressant et puis ça t'ouvre plus de possibilités. Plus tu vois de choses, plus t'apprends. J'imagine. »

## DISCUSSION

### Limites de l'étude :

Du fait de la méthodologie utilisée pour mener à bien cette étude qualitative, plusieurs points peuvent être discutés.

Le premier d'entre eux était le peu d'expérience de l'auteur dans la manière de réaliser une recherche qualitative. Une recherche d'informations concernant la réalisation de ce type d'étude , ainsi que pour l'utilisation du logiciel NVivo a été nécessaire et réalisée (9)(10).

Sur le plan méthodologique plusieurs points peuvent être évoqués.

Un biais de recrutement est possible puisque pour des raisons de commodité, l'inclusion des premiers internes a été initié à partir des internes connus par l'auteur, cela entraînant ensuite un effet « boule de neige ». Cette méthode de recrutement a eu pour conséquence l'inclusion d'internes qui pour la plupart se trouvaient sur le secteur de Paray le Monial, zone considérée comme fragile (1). Il est donc licite d'imaginer que sur les questions de connaissance de la zone rurale, ainsi que du type d'activité que peuvent y exercer les médecins généralistes, les internes soient déjà sensibilisés.

Un biais d'analyse des verbatims est également possible puisque celle ci n'a été menée que par une seule personne, contre deux requises. Ce choix a là aussi été fait pour des raisons de commodité.

Enfin, un biais de confusion doit être évoqué, même si l'analyse thématique par méthode inductive s'est voulue la plus rigoureuse possible. En effet, l'auteur jeune médecin généraliste ayant pour projet une installation en zone rurale, fragile, est sensibilisé sur ce sujet. Mais on peut penser que cela permet à l'auteur de rechercher et de proposer des solutions concrètes afin d'inciter les internes à venir tester ce type de pratique.

## **Points forts de l'étude :**

Régulièrement les pouvoirs publics s'interrogent sur les motivations et les facteurs conduisant les jeunes médecins généralistes à choisir leur lieu d'exercice. En partant du travail de Bilodeau (4), l'originalité de cette étude est de déplacer cette interrogation en amont, sur les internes. La méconnaissance, résultat principal de l'étude, tant sur le mode d'exercice que sur la vie dans ces zones en souffrance démographique est probablement un des principaux freins à une homogénéisation de la démographie médicale. C'est la force de cette étude : identifier des leviers et mettre en place des outils simples afin d'agir sur cette méconnaissance.

## **Discussion :**

En résumé le ressenti général concernant ces entretiens, serait : « Méconnaissance globale » tant le discours des internes étaient approximatifs, plein d'incertitude, sur presque tous les champs abordés.

Les principaux résultats vont être discutés afin de les confronter à la littérature, et essayer de définir des axes d'intervention concrets visant à réduire cette méconnaissance, source de non choix.

### ➤ **Une méconnaissance du stage ...**

La chose frappante lors de la réalisation des entretiens puis lors de l'analyse des verbatims, est cette vision approximative du déroulement de ce stage de niveau 1, bien que celui ci soit obligatoire. Cette approximation engendrant notamment la peur de la mise en autonomie. Mais qu'en est il vraiment ? Est-il encadré par un texte réglementaire ? La recherche bibliographique a permis d'identifier : le décret du 16 mai 1997 qui régit le bon déroulement de ce stage (11). Tant sur l'aspect pratique, (nombre de demi journée...) que juridique vis à vis de la CPAM (identification de l'interne sur les feuilles de soins...). Néanmoins, aucune référence bibliographique évaluant les connaissances préalables des internes sur ce sujet n'a été retrouvée.

Restait donc à comprendre pour quelles raisons, les internes se sentaient si peu informés sur le sujet, l'information ayant été délivrée, ou du moins étant accessible. En effet, le Département de Médecine Générale (DMG) de Bourgogne met à

disposition des internes en début de DES, un fascicule récapitulatif, avec entre autre le déroulement du stage de niveau 1 (12). Fascicule que l'on peut retrouver sur le site du Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants (CBGE) ([http://cbge.fr/College Bourguignon des Generalistes Enseignants/Accueil.html](http://cbge.fr/College_Bourguignon_des_Generalistes_Enseignants/Accueil.html)), ainsi que d'autres informations utiles dont la charte des MSU, en réponse au questionnement d'un des internes sur les obligations du MSU (13). Cependant on peut s'interroger sur la visibilité et la diffusion de ces informations. Il est donc indispensable de mener des actions de communication à destination des IMG. Peut être faudrait il rappeler ces informations quelques temps avant les choix des stages ? Bien qu'existant sur le site de l'université de Bourgogne, le lien vers le CBGE, mériterait il d'être plus mis en avant ? Ce sont peut-être des axes de réflexion à évoquer pour répondre à cette première attente des internes.

➤ **Et une méconnaissance du milieu rural et de la pratique médicale en lien :**

L'objectif final de l'étude, était de définir des outils pour inciter les internes à venir se confronter pendant 6 mois à une activité médicale en zone rurale. Mais avant de les inciter, il faudrait en premier lieu comprendre quelles visions ils ont de la ruralité. C'est là qu'entre en jeu une nouvelle facette de cette « méconnaissance globale » : les internes avaient une bien grande difficulté à définir la zone rurale.

De même l'auteur, lors de son travail préalable à la thèse, ainsi qu'à la construction du canevas d'entretien, a été confronté à cette difficulté.

Le terme ruralité paraît assez péjoratif pour la plupart des internes questionnés. Ils l'associent dans un premier temps à une faible densité de population, mais sans vraiment être capable de donner de chiffre précis. Par ailleurs, cela est complexifié par le fait que la définition de la ruralité, de l'espace rural, est régulièrement modifiée. Jusque dans les années 1990, celui ci se définissait comme étant une commune de moins de 2000 habitants (14). Hors depuis 2011, l'INSEE a revu sa définition pour l'étendre à tout ce qui n'est pas inclus dans une aire urbaine. Cette définition n'étant plus liée au nombre d'habitants mais au nombre d'emplois pour une zone donnée (15)(16).

Avec ce terme de ruralité était abordé deux points indissociables de la vie d'un médecin généraliste : l'environnement socio-économique régissant sa vie privée, et celui médical définissant son type de pratique.

La connaissance de la ruralité sur le versant qualité de vie, environnement socio-économique pouvant être opposée à celle de l'urbain. Hors les entretiens ont fait apparaître une notion d'influence du milieu d'origine dans la perception de l'un ou de l'autre. Ceci est confirmé par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) qui dans une étude a mis en avant l'impact que pouvaient avoir les 10 premières années de vie en fonction de la zone de résidence initiale (8) .

Cette étude du CREDOC sur l'origine de vie va dans le sens de l'étude de Bilodeau (4), avec la nécessité d'un repérage précoce des internes sensibles à ce milieu de vie et renforce la conviction de la nécessité d'une information efficace sur les différents bassins de vie que comporte la Bourgogne et dans lesquels sont susceptibles de se rendre les internes durant leur stage. D'autre part, il conviendrait de ne plus évoquer systématiquement le terme rural, porteur d'une connotation trop péjorative, pour au contraire mettre en avant les différents atouts de ces bassins de vie. On peut citer par exemple des initiatives développées au sein du territoire sud Bourgogne dans le Charollais Brionnais avec la mise en place de soirée d'accueil, de flyers informatifs...

Par ailleurs, il apparaît que les IMG ont une vision assez floue de leur futur métier, très variable selon la zone d'exercice. Dans son rapport de 2010 au président de la république, le Dr Hubert attribuait cela en partie au fait que la majorité des études médicales se déroulent en milieu hospitalier (17). La mise en place d'un stage en deuxième cycle des études médicales (institué en 1997) étant une des actions menées pour tenter de remédier à cela. Toute fois, lors de la rédaction de ce rapport, seulement 37% des étudiants avait pu en bénéficier. Chose qui tend à s'améliorer depuis que le caractère obligatoire a été rappelé par l'arrêté du 18 juin 2009.

Nombreux étaient les IMG de notre étude à évoquer une vision de la médecine générale à l'ancienne (seul au cabinet, amplitude horaire importante...), peu attirante pour un stage de niveau 1.

Une étude qualitative multicentrique menée auprès d'internes de faculté belge et française va dans ce sens, celle d'une rupture intergénérationnelle de la pratique de la Médecine Générale (18). Autant sur les aspects de carrière (regroupement vs cabinet isolé ; personnel vs professionnel...) que d'avenir de la Médecine Générale (virage avec une nécessité de revalorisation de cette pratique...).

On peut donc se questionner sur leur connaissance des innovations en terme de pratiques médicales au sein des zones rurales. Renforcer l'information sur les projets de santé innovants tel que les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, la télémédecine (Projet eTICSS dans le cadre du programme national Territoire de Soins Numérique) etc., pourrait aussi être source d'attractivité.

➤ **Associé à des critères de choix incontournables liés au réseau :**

Cette vision floue du métier de médecin généraliste, fait écho aux critères évoqués par les IMG, concernant le choix de leur réseau. Les critères familiaux, socio-économiques et culturels avancés par les IMG vont dans le sens des études cherchant à définir les motivations à l'installation (19). Paramètres difficilement modifiable dans le cadre de ce travail. Néanmoins les caractéristiques du réseau conditionnent tout autant leur choix. Avec comme point fondamental, l'importance d'un réseau varié en terme de pratiques, de structures, de territoires.

Il est important de citer un minutieux travail de thèse en deux étapes, qualitatif puis quantitatif, mené sur ce sujet à Lille de 2011 à 2013. La première partie qualitative, retrouve les mêmes critères liés au réseau (20). La partie quantitative (basée sur 92 questionnaires) renforce les résultats en démontrant que le type d'activité était un critère majeur pour 84,4% des IMG et 73,03% pour le type d'installation (21).

On peut supposer que l'importance accordée à ces critères, soit en corrélation avec une méconnaissance de leur future activité et des variétés qu'elle peut proposer.

Sur ce point, pour permettre de mieux choisir et ainsi de faire régresser cette méconnaissance, possible frein pour la suite de leur carrière, il pourrait être envisager des actions conjointes entre le DMG, les MSU, mais aussi les médecins généralistes à zone d'activité particulière, innovante. Actions pouvant porter sur la proposition de stage mixte urbain / rural ; de rencontres formelles ou non entre les

médecins et les IMG afin de présenter ces différentes pratiques ; de mise en place par les MSU de fiches informatives faisant la promotion de leurs pratiques au sein des réseaux...

Cette information paraît nécessaire et importante car selon l'étude menée à Lille, 67% de leurs interrogés avouaient choisir leur stage au hasard au moment des choix, en raison d'un manque d'information pour près de 86% d'entre eux.(21)

Par ailleurs, dans notre étude, la proposition d'un logement systématique, est considérée comme une plus-value lors du choix du terrain de stage.

Néanmoins les internes évoquaient rapidement la volonté de rompre l'isolement, de pouvoir se retrouver entre eux après leur journée, afin d'échanger, sortir, s'amuser. L'idée d'un internat rural, comme facteur incitatif, était alors suggérée.

Sur ce point là, le bassin Roannais, lui aussi en proie à la désertification médicale, mène un projet pilote depuis 2012, avec la création d'une « Villa des internes », permettant le regroupement des internes en stage ambulatoire. Toutefois, aucun retour sur expérience n'a été réalisé, en dehors d'une interview de Mme Otton, actuelle présidente de l'association de la médecine générale du Roannais. Elle précisait alors que cette villa n'était pas un déclencheur à l'installation. En revanche, elle avait permis de faire connaître le territoire et par là même de faire le plein d'interne tous les semestres (22).

### ➤ **Induisent des craintes et des appréhensions**

Conséquence logique de cette « méconnaissance globale », une appréhension importante a été identifiée. Le problème de la crainte liée au fonctionnement du stage a déjà été abordé (cf. supra), il reste donc à étudier les craintes liées à l'acquisition des compétences nécessaires pour être mis en situation. Celles-ci étant de 2 types (cf. résultats) : celles liés aux compétences de base et celles spécifiques à la médecine générale.

D'une manière générale on précisera que le terme de "compétence" renvoie à un "savoir agir en situation" et plus précisément à un savoir agir en mobilisant des ressources adaptées et multiples (savoirs, savoir-faire, savoir être) tout en étant capable d'analyser, d'évaluer et d'expliquer sa pratique (notion de réflexivité) (23).

Ces deux niveaux compétences que pouvaient laisser sous entendre les internes, peuvent être mis en relation avec le référentiel canadien CanMEDS (24). Celui-ci définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins. Ces compétences s'articulent autour de sept rôles complémentaires du médecin. Un médecin compétent intègre les compétences des sept rôles CanMEDS (Erudit, Professionnel, Promoteur de la santé, Leader, Collaborateur, Communicateur et Expert médical qui est le rôle intégrateur.) Certains internes se considéraient implicitement comme étant au début de leur formation, avec comme préoccupation première, l'acquisition de compétences médicales de base. Ce niveau de compétences pouvant alors être mis en relation avec le rôle « Professionnel ». Quand aux autres, minoritaires dans notre étude, ils avaient déjà pris conscience que au-delà de ces compétences médicales, d'autres compétences leur seraient nécessaires afin d'appréhender pleinement leur futur exercice, par exemple celui de la relation médecin-patient (« Communicateur ») et la gestion du cabinet, relation interprofessionnelle... (« Collaborateur »)

De part les remarques des internes, évoquant un champ de compétences en lien avec la gestion d'un cabinet, nous avons dans un premier temps cité le référentiel CanMEDS qui s'applique à l'ensemble du corps médical.

Concernant la Médecine Générale et l'approche globale qu'évoquaient les internes, plusieurs compétences peuvent être mobilisées, s'intégrant dans « la marguerite » des compétences nécessaires pour être un bon médecin généraliste (25).

Au sein de celle-ci, nous pouvons évoquer là aussi différents niveaux de compétences (Novice, Intermédiaire, Compétent) à travers lesquels l'interne devra évoluer durant son DES (26).

➤ **Et suscitent des attentes qui peuvent être des opportunités à saisir.**

On retrouve de façon implicite dans les attentes que peuvent formuler les internes concernant la prise en charge globale, un grand nombre de critères définissant la pratique de la médecine générale selon la WONCA (27) (globalité, relation médecin malade, ...).

On ne peut donc que se féliciter du développement de la spécialisation et de l'enseignement de médecine générale dispensés dans les facultés de médecine afin de développer et d'enseigner les compétences spécifiques à la médecine générale.

Pour finir, différents travaux de thèse viennent confirmer l'impact majeur que peut avoir le stage de niveau 1 dans le choix de carrière des IMG (28)(29). Il est donc indispensable de faire en sorte que leur choix soit le plus éclairé possible, afin que certains internes aient envie de venir tester pendant 6 mois, voir plus, la pratique en zone rurale. Toute nouvelle vocation ainsi suscitée sera ainsi une contribution efficace pour pallier les problèmes démographiques existants.

## Propositions d'actions

Niveau d'action	Acteurs	Actions proposées
Stage de niveau 1 en Médecine Générale	Département de Médecine Générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Promotion du site web du CBGE</b></li> <li>• <b>Information délivrée à chaque semestre et avant les choix :</b> concernant le déroulement et le fonctionnement du stage</li> <li>• <b>Livret de stage :</b> Déroulement / objectifs / compétences à acquérir</li> <li>• <b>Création d'un forum web</b> réservé aux IMG, MSU et DMG pour échanges concernant les stages et permettant d'archiver et de télécharger des informations concernant les réseaux</li> <li>• <b>Information sur la formation de MSU</b></li> </ul>
Réseau de Médecine Générale	Département de Médecine Générale  Maître de Stage Universitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présentation des réseaux :</b> Trombinoscope, fiches informatives (localisation, types d'activité en médecine générale...)</li> <li>• <b>Renforcer le contact avec les MG en dehors des stages ambulatoires :</b> Echanges IMG et MG, échanges thématiques (région, activités, structures)</li> <li>• <b>Séminaire annuel de médecine rurale</b> en collaboration avec le DMG et les MSU</li> <li>• <b>Renforcer l'information sur les projets innovants : MSP / Télémédecine</b> (eTICSS) ...</li> </ul>
Bassins de vie	Région (ARS)  Département  Communauté de Commune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fiches d'information, affiches :</b> Localisation / points forts / vie quotidienne</li> <li>• <b>Accueil des internes :</b> En partenariat avec les MSU, y compris ceux en CH</li> <li>• <b>Stand de la région ou du département lors de séminaire, congrès...</b></li> </ul>

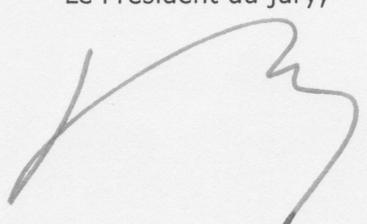
## CONCLUSIONS

Il semble important que les pouvoirs publics prennent conscience que les mesures en lien direct avec le milieu médical ne suffiront pas pour lutter contre les inégalités de démographie médicale. Mais qu'il est nécessaire d'agir également sur les paramètres socio-économiques de ces bassins de vie, qui s'avèrent être des éléments essentiels lors du choix tant pour la réalisation d'un stage que pour un exercice médical futur.

En parallèle, une dynamique d'information à l'échelle locale, se doit d'être mise en place, afin de lutter contre une méconnaissance des bassins de vie ruraux, ainsi que du métier de médecin généraliste et de la vie qui en découle. Celle-ci étant un frein tout aussi déterminant pour les internes.

Pour cela il est indispensable de renforcer les stratégies de communication au niveau administratif (faculté), régional (promotion de la Bourgogne, Agence Régionale de Santé) et local (communauté de commune, MSU).

Le Président du jury,



P. J.-N. BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 30 Août 2016

Le Doyen



P. F. HUET

## BIBLIOGRAPHIES

1. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016.
2. Maurey H. Déserts médicaux: agir vraiment. Sénat; 2013. (Commission du développement durable). Rapport No.335. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html>
3. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé?: les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.; 2006.
4. Bilodeau H, Leduc N, van Schendel N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec. Université de Montréal: GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.; 2006.
5. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2004-67 janv 16, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
6. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Pratiques et espaces médicaux en transformation: effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession? Revue francophone sur la santé et les territoires. 2015;1.
7. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 1 févr 2007;3(2):83-8.
8. Bigot R, Hatchuel G. Les Français et l'espace rural. Paris: Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie; 2001.
9. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
10. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches qualitatives. 2006;26(2):1-18.
11. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai, 1997.
12. Boîte à outils - Fascicule DES [Internet]. Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: [http://cbge.fr/College\\_Bourguignon\\_des\\_Generalistes\\_Enseignants/IMG.html](http://cbge.fr/College_Bourguignon_des_Generalistes_Enseignants/IMG.html)
13. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2012 [cité 19 août 2016]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
14. François-Poncet J, Belot C. Le nouvel espace rural français. Sénat; (Délégation à l'aménagement du territoire). Rapport No.468. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r07-468/r07-4680.html>
15. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Espace rural [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm>
16. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Aire urbaine [Internet]. [cité 19 août 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aire-urbaine.htm>

17. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité [Internet]. Paris: Présidence de la République; 2010. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/>
18. Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009;85:4-7.
19. Guais-Lerat F. Etude portant sur les facteurs discriminants favorisant l'installation des médecins généralistes en Bourgogne. MSA Bourgogne Franche-Comté; 2014.
20. Badie-Perez R. Quels sont les déterminants du choix des internes de médecine générale de Lille pour leur stage ambulatoire de premier niveau ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
21. Domergue C. Quels sont les déterminants du choix des internes de Lille pour leur stage de médecine générale de premier niveau ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
22. La villa des internes ne peuple pas le désert [Internet]. [www.le-pays.fr](http://www.le-pays.fr). [cité 20 août 2016]. Disponible sur: [http://www.le-pays.fr/region/edition/roanne/2015/10/29/sante-la-villa-des-internes-ne-peuple-pas-le-desert\\_11641759.html](http://www.le-pays.fr/region/edition/roanne/2015/10/29/sante-la-villa-des-internes-ne-peuple-pas-le-desert_11641759.html)
23. Le Boterf G. Construire des compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation. Paris: Eyrolles; 2006. 271 p.
24. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
25. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définition et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):148-55.
26. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer*. 2013;(108):156-64.
27. La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille [Internet]. WONCA Europe. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
28. Galvani A. Influence du stage chez le praticien sur les déterminants de l'installation des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
29. Bourré M-C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale: exemple breton [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

## ANNEXES

### **Annexe 1 : Verbatims des entretiens semi dirigés :**

Etant donné leurs longueurs, les verbatims ne figurent pas dans les annexes. Ils sont néanmoins disponible sur simple demande à l'adresse suivante : [gbally.mg@gmail.com](mailto:gbally.mg@gmail.com)

## **Annexe 2 : Canevas d'entretien**

### **Peux-tu te présenter ?**

- Quel âge as tu ?
- D'où viens-tu ? Où habites tu ?
- En quel semestre es tu ?
- As tu fais un stage chez le généraliste durant ton externat ?
  - Si oui peux tu m'en dire plus ? : Obligatoire ?
  - Qu'en as tu pensé ?

### **Question brise glace : Saurais-tu me dire en quoi consiste le stage prat' ?**

- Où as tu eu ces informations ? Faculté ? Autres internes ?
- Quelles pourraient être tes craintes par rapport à ce stage ?
- Penses tu qu'être bien informé (sur ce type de stage) puisse avoir une influence sur le choix de ton stage ?

### **A tes yeux, quand serait le moment le plus propice pour faire ton prat' ?**

- Pourquoi ?
- Y a t'il un intérêt à le faire rapidement / précocement dans la maquette ?

### **En dehors de toutes connotations professionnelles / médicales, que t'évoques le mot rural ?**

- Comment pourrez tu définir la ruralité ?
- Penses tu que la vie d'interne en formation, est compatible avec le milieu rural ?
  - En particulier s'il est en stage à la campagne ?
  - Y a t'il des choses indispensables qui pourraient faire défaut à la campagne pour toi ? En tant qu'interne ?
  - Es tu sûr que c'est incompatible ? En as tu fais l'expérience ?

### **Concernant le choix de ton prat' :**

- As tu déjà une idée de l'endroit où tu voudrais le faire ?
- Quelles en sont les raisons ?
- Y a t'il des critères personnels qui rentrent en compte ?

**Pourrais tu choisir un stage prat' en zone rurale ?**

- *Qu'est ce qui te pousserait à faire ce choix ?*
- *Quels éléments rentreraient alors dans ton choix ? Personnels / Formation... ?*
- *Critères positifs qui te pousseraient à le choisir ?*
- *Critères négatifs ?*

**Quelles sont tes attentes concernant le stage prat' ?**

- *En terme de vie professionnelle / type d'activité... ?*
- *Concernant le lieu d'activité ?*
- *Penses tu que le stage prat', te permettrait il d'appréhender la vie professionnelle et extra-professionnelle du médecin libéral ?*

**Qu'attendrais-tu de d'un stage en zone rurale ?**

- *Ces attentes seraient elles différentes entre un stage en zone rurale et en zone urbaine ?*

**Penses-tu que ce stage en zone rurale te permettrait d'appréhender :**

- *L'activité d'un médecin ?*
- *La vie au quotidien, en dehors du métier de médecin ?*

**Penses-tu que le stage prat' puisse avoir un impact sur tes choix futurs ?**

- *Concernant la suite de ton internat ?*
- *Sur ton éventuel mode / lieu d'installation ?*

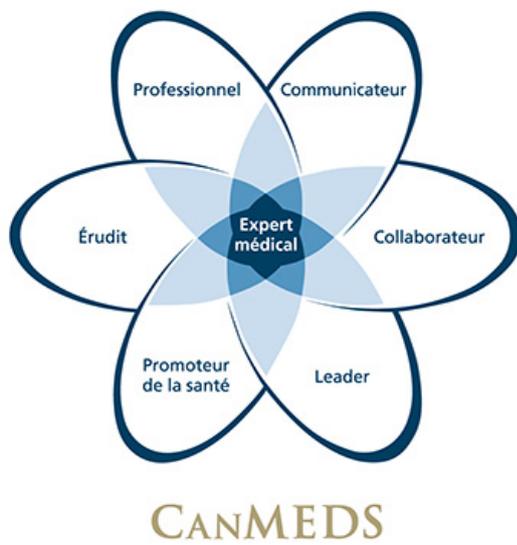
**Penses-tu que le stage en zone rurale pourrait t'inciter à t'installer en zone rurale ?**

**Pour finir : Que t'évoque l'idée d'un stage obligatoire en zone rurale dans la maquette ?**

### Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des interviewés

	Sexe	Age	Département d'origine	Faculté d'origine	Milieu d'origine	Semestre	En couple	Origine du conjoint
<b>IMG1</b>	F	26	59	Lille	Rural	3	Non	-
<b>IMG2</b>	F	27	21	Bourgogne	Urbain	1	Oui	Urbain
<b>IMG3</b>	M	26	74	Lyon	Rural	1	Oui	Urbain
<b>IMG4</b>	M	27	69	Lyon	Urbain	1	Non	-
<b>IMG5</b>	F	27	69	Lyon	Urbain	3	Oui	Rural
<b>IMG6</b>	F	28	42	Prague	Urbain	1	Non	-
<b>IMG7</b>	F	26	71	Bourgogne	Rural	2	Oui	Rural
<b>IMG8</b>	M	26	71	Bourgogne	Rural	2	Oui	Rural
<b>IMG9</b>	F	27	77	Créteil-Paris 12	Urbain	2	Non	-
<b>IMG10</b>	M	25	89	Bourgogne	Urbain	2	oui	urbain

## Annexe 4 : Diagramme du référentiel CanMEDS et « marguerite » du médecin généraliste



**TITRE DE LA THESE :**

Stage de niveau 1 en Médecine Générale : Déterminants et actions pour un choix en zone rurale

**AUTEUR : MR GUILLAUME BALLY**

**RESUME :****Introduction :**

La pénurie de médecin généraliste en zone rurale est une source constante de mesures incitatives auprès des jeunes médecins. Mais avant qu'ils s'installent, il faudrait que durant leur cursus de formation ils viennent expérimenter ce mode d'exercice particulier. Pour cela il est nécessaire de comprendre comment ils choisissent leur stage de niveau 1, premier contact avec leur pratique future.

**Méthode :**

Une étude qualitative a été menée auprès d'internes en médecine générale n'ayant pas encore réalisé leur stage de niveau 1. Le recueil des données a été réalisé du 16 mars au 9 juin 2016 par entretiens semi-dirigés.

**Résultats :**

Dix entretiens ont permis de mettre en évidence une méconnaissance globale de la médecine générale tant sur le déroulement ou la localisation éventuelle de leur stage, que sur le type de pratique qu'ils pourraient rencontrer en zone rurale. Cette méconnaissance étant en partie source de craintes et d'appréhensions, principalement en lien avec les compétences mises en jeu et le degré de maturité des internes. Les caractéristiques propres au terrain de stage étaient un critère de choix, tout comme la vie personnelle. L'attente principale était la découverte et la confirmation de la médecine générale comme choix de carrière, avec une influence forte sur la manière d'exercer, et la zone d'installation.

**Conclusion :**

Plusieurs niveaux d'actions peuvent être envisagés pour renforcer la connaissance sur le déroulement du stage et les différentes pratiques possible d'un médecin généraliste. De même que pour promouvoir ces zones géographiques en souffrance. Avec pour finalité, inciter ces médecins en devenir, à se confronter à un exercice médical différent en zone rurale

**MOTS-CLES : MEDECINE GENERALE ; STAGE DE NIVEAU 1 ; ZONE RURALE ; MECONNAISSANCE ; COMPETENCE ; INFORMATION**