Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018-2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 23 Mai 2019 à Poitiers
Par Monsieur MAGNES Vincent

Titre

Généraliser le contrat de médecin adjoint aux internes : Comparaison du niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par les internes en SASPAS et celle proposée par les médecins généralistes, dans une zone où l'offre de soins est insuffisante, en Charente Maritime en 2018.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

-Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal
-Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick
-Monsieur le Docteur CHABANNE Marc

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur CHABANNE Marc

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GOMES José, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur CHABANNE, ce semestre de niveau 1 en votre compagnie m'a réellement ouvert les yeux sur la médecine générale, et cela a confirmé mon envie de devenir médecin généraliste. Merci d'avoir dirigé ma thèse.

A Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal et Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick, vous me faites l'honneur de juger mon travail en participant à ce jury. Veuillez recevoir, Messieurs l'assurance de ma considération distinguée.

A Audrey ma chérie, tu as toujours été là pour m'encourager. Je te dédie ce travail. Merci d'avoir été à mes côtés lors de la préparation de cette thèse et de m'avoir supporté.

A Aloys, qui est arrivé en plein milieu de ce travail. Tu nous rends tellement heureux.

A mes parents qui ont été d'un soutien sans faille durant toutes ces années d'études. Un grand merci.

A ma sœur Sophie et mon frère Arnaud qui ont su rester silencieux durant les longues heures de travail à la maison.

A mes grands-mères, qui m'ont toujours apporté de la bonne humeur depuis que je suis tout petit. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est aussi beaucoup grâce à vous.

A mes grands-pères, vous n'êtes pas présents aujourd'hui mais je suis persuadé que vous êtes là par la pensée, et j'espère que vous auriez été fiers. Merci pour tout.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines, avec qui il est toujours agréable de se retrouver pour des fêtes conviviales.

Au Docteurs STOCKLIN, BRABANT, NGUYEN, CARON qui m'ont enseigné la médecine générale dans la bonne humeur. J'aime la médecine générale grâce à vous.

A Thomas, Charlotte, Johan, Marie Neige, Richou, le grand Tib, Maxime, Kanav, Oihan, Claire, Fanny, Laure, Alice, Caro, Clémence, Julien, Romain, tous mes amis basques, landais, bordelais ou charentais, merci pour tous ces bons moments, et ceux à venir.

A Daniel, Patricia, Romain, la Famille MASSONNEAU, la famille BONNEVIN et BALAT, merci pour votre accueil.

A tous mes co-internes, à tout le personnel médical et paramédical que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat, merci pour votre bonne humeur et votre soutien.

Aux médecins ayant accepté que j'interroge leurs patients.

Aux patients qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9
I) L'INTERNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 9
II) LE SASPAS À POITIERS 11
III) REVUE DE LA LITTERATURE CONCERNANT LA SATISFACTION DES PATIENTS ENVERS LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE SASPAS 13
A- Le médecin généraliste 13
B- Le SASPAS 15
IV) LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE 16
A- La situation en 2018 16
B- Le projet du gouvernement 19
V) JUSTIFICATIF DE L'ÉTUDE 22

MATERIELS ET METHODE 23
I) TYPE D'ÉTUDE 23
II) ELABORATION DU QUESTIONNAIRE 23
A- Etude de l'objectif principal : le questionnaire EUROPEP 23
B- Etude des objectifs secondaires 24
C- Pré-test et test 24
III) RECRUTEMENT 25
A- Les médecins 25
B- Les patients 26
1) Critères d'inclusion 26
2) Critères d'exclusion 26
IV) TERRAIN DE L'ÉTUDE 26
V) LES DONNÉES 28
A- Recueil des données 28
B- Exploitation des données 29

RESULTATS 30
I) STATISTIQUES DESCRIPTIVES 30
A- Taux de réponse 30
1) Sur l'échantillon total 30
2) Par centre 30
3) Par groupe 31
B- Caractéristiques de la population 31
1) Effectif 31
2) Milieu d'exercice 32
3) Sexe 33
a- Des médecins dans les groupes 33
b- Des patients 34
4) Age 35
C- Comparaison du niveau de satisfaction 36
1) Le médecin et l'interne en SASPAS 36
1-1 Relation- Communication- Approche centrée sur le patient 36
a) L'impression qu'il a du temps pour vous pendant la consultation 36
b) L'intérêt porté à votre situation personnelle 37
c) Le sentiment d'être mis à l'aise pour lui expliquer vos problèmes 38
d) Sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins 38
e) Sa capacité à vous écouter 39
f) Les explications de l'intérêt des tests et traitements 40

g) Les explications sur vos symptômes et/ou maladies 41
h) L'aide à faire face à des problèmes émotionnels liés à votre état de santé... 42
i) Les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés..... 43
j) La possibilité de contacter le médecin par téléphone..... 44
1-2 Premiers recours, urgences..... 45
a) Le soulagement rapide de vos symptômes 45
b) L'examen clinique 46
c) La rigueur 47
d) La durée en salle d'attente 48
e) L'aide rapide pour des problèmes de santé urgents 49
1-3 Continuité, suivi et coordination des soins 50
a) L'accompagnement vous permettant de continuer votre quotidien normalement 50
b) Le souvenir de ce qu'il vous a dit lors des consultations précédentes..... 51
c) La préparation de ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou soins hospitaliers 52
1-4 Education- Dépistage- Prévention- Santé individuelle et collective..... 53
1-5 Professionnalisme 54
2) Le cabinet médical 55
2-1 L'amabilité du personnel médical 55
2-2 La possibilité d'avoir un rendez-vous à un moment qui vous convient 56
2-3 La possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone..... 57
3) Comparaison globale 58
D- Evaluation des connaissances du patient concernant le statut de l'interne en SASPAS 58
1) Le statut de l'interne..... 58
2) Le nombre d'années d'étude 59
3) L'influence de la connaissance du statut d'étudiant en dernière année de médecine sur l'adhésion 59
II) STATISTIQUES BIVARIÉES..... 60
A- Evaluation des facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS pour faire face à la désertification médicale 60
1) Le sexe 60
2) L'âge..... 61
3) La connaissance du statut 62
4) La connaissance du nombre d'années d'études 63
5) Le motif de consultations..... 64

DISCUSSION 65
I) ANALYSE DES RÉSULTATS 65
A- Taux de participation..... 65
B- Analyse de l'objectif principal..... 65
1) Relation- Communication- Approche centrée sur le patient..... 65
2) Premiers recours, urgences 66
3) Continuité, suivi, coordination des soins 66
4) Education- Dépistages- Prévention- Santé individuelle et collective- Professionnalisme 67
5) Le cabinet médical 67
6) Conclusion 67
C- Analyse des objectifs secondaires 68
1) Connaissance du statut de l'interne 68
2) Facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS comme

solution à la désertification médicale 68
II) FORCES ET FAIBLESSES 69
A- Forces 69
B- Faiblesses 70
III) PERSPECTIVES 71

CONCLUSION 72

BIBLIOGRAPHIE 73

ANNEXE 78

RESUME 82

SERMENT D'HIPPOCRATE 83

LISTE DES ABREVIATIONS

DES : Diplôme d'études spécialisées

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

N1 : Niveau 1

IMG : Interne de Médecine Générale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZAC : Zone d'Accompagnement Complémentaire

INTRODUCTION

D'après la définition Européenne selon WONCA EUROPE en 2002 [1] « la médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. ». Qu'il s'agisse du médecin titulaire ou des étudiants, les professionnels de santé sont faces à des patients qui souffrent de la difficulté d'accès aux soins ambulatoires.

I)L'INTERNE EN MEDECINE GENERALE

L'interne de médecine générale est un étudiant du 3eme cycle des études médicales. En trois ans, et pendant 6 semestres, il est en stage, en milieu hospitalier ou en ambulatoire auprès de praticiens agréés maitres de stages universitaires.
Parallèlement à ces stages, une formation théorique est organisée par le département de médecine générale.
Au terme de ses études, l'interne de médecine générale doit présenter un mémoire qui témoigne de son apprentissage et ainsi lui permet de valider son Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S).
Selon le département de médecine générale de Poitiers, « la thèse est vue comme l'accomplissement du cursus universitaire par les étudiants en médecine. Elle vient apporter le titre de Docteur en médecine, qui...permettra d'exercer la médecine générale de pleins droits » [2]

L'internat de médecine générale a beaucoup évolué au cours des années.

En 1958, la loi Robert DEBRE avec l'Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 créée les centres hospitaliers et universitaires, la réforme de l'enseignement médical et développe la recherche médicale. Ainsi les premiers stages apparaissent pour les étudiants en médecine, à l'hôpital. [3]

Dans les années 70, la commission Fougère [4] propose la création d'un troisième cycle de formation spécifique d'une durée de deux ans pour la médecine générale. *«Son exercice exige aujourd'hui des connaissances nombreuses, un savoir-faire et une expérience que les étudiants ne peuvent acquérir complétement au cours des premier et deuxième cycles, ni pendant le stage pratique de fin d'études actuel.....Les trois quarts de ce cycle terminal seraient accomplis en milieu hospitalier et, en principe, de façon continue dans le même établissement, où le stagiaire aurait toutes les fonctions et assumerait toutes les responsabilités qui sont aujourd'hui celles de l'interne. Il le ferait dans des postes réputés formateurs et agréés comme tels. L'obligation du temps plein implique que les stagiaires reçoivent une rémunération comparable à celle des étudiants futurs spécialistes. Les six mois restants pourraient être accomplis auprès de praticiens, de médecins du travail, de médecins de la santé scolaire et de médecins-conseils de la sécurité sociale, dans des centres de santé ou de P. M. I. »*

Le 23 décembre 1982, la loi n°82-1098 [5] modifie les conditions d'accès aux spécialités médicales.

« Le troisième cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat ainsi dénommées :

a) La filière de médecine générale ;

b) La filière de médecine spécialisée ;

c) La filière de santé publique ;

d) La filière de recherche médicale ».

Après avoir été reçus à l'examen de fin de 2ème cycle, les étudiants sont admis en médecine générale et choisissent leur poste en fonction de leur rang de classement. Les études médicales proposent désormais à partir du 3 ème cycle une filière de préparation à la médecine spécialisée (internat) et une filière de préparation à la médecine générale (résidanat) plus courte comportant 6 semestres.

Le Décret n°88-321 du 7 avril 1988 [6] refixe l'organisation du troisième cycle des études médicales à la suite d'une évaluation des pratiques.

Le Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 [7] modifie le décret n° 88-321 du 7 avril 1988. Le résidanat dure désormais 2 ans et demi. Le stage chez le praticien généraliste agréé, dit maître de stage, est effectué pendant le deuxième, le troisième ou le quatrième semestre du résidanat. Le stage auprès du praticien généraliste agréé est obligatoire.

Puis ***le Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997*** [8] modifie le décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés : *«Le semestre de formation est accompli de façon continue. Il se déroule soit en totalité dans un ou plusieurs cabinets libéraux, soit pour partie seulement, sans que le nombre de maîtres de stage puisse excéder trois... Le stagiaire peut consacrer au plus une journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1er ou dans un organisme au sein duquel les médecins généralistes participent au contrôle de soins primaires...Lorsque le stage se déroule pour partie en cabinet libéral, il comporte obligatoirement une période de quatre mois accomplie dans un ou plusieurs cabinets libéraux. Elle est précédée ou immédiatement suivie soit d'une période de deux mois de stage, soit de deux périodes d'un mois de stage accomplies dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1er...Lorsque le stage en cabinet libéral se déroule auprès de plusieurs maîtres de stage, la durée de présence du stagiaire auprès de chacun d'eux s'effectue par mois entiers. »*

En 2001, l'arrêté du 19 octobre [9] modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, allonge la durée de l'internat à 3 ans, avec 200 heures d'enseignement théorique. Trois semestres devront avoir lieu dans des services agréés pour la médecine générale (un en médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour/ un en gynécologie et pédiatrie /un en médecine d'urgence). Par ailleurs deux semestres libres sont laissés au choix des résidents pour être effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale, préférentiellement en secteur ambulatoire.

En 2002, L'Article 60 de la Loi Numéro 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 [10], fait disparaître le terme de « résident » au profit d'« interne ».

Le Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 [11] relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, révolutionne celles-ci par la création des épreuves nationales classantes pour tous les étudiants de 6ème année. De plus *« L'interne de médecine générale doit :*
- dans le cadre de ses fonctions hospitalières, effectuer un semestre de formation dans les services agréés pour la médecine générale des centres hospitaliers universitaires ;
- dans le cadre de ses fonctions extra-hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits « maîtres de stage ». Ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens. Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé. »

Le 26 avril 2004, la CIRCULAIRE DGS/DES/ 2004 / n° 192 [12] définit les modalités de la création du SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé).

L'Arrêté du 22 septembre 2004 [13] fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, considère désormais la médecine générale comme une spécialité médicale.

Enfin, ***le 21 avril 2017, un décret*** [14] modifie une nouvelle fois l'organisation du 3 ème cycle de médecine générale, en créant deux phases de compétences à acquérir par l'intermédiaire d'une chronologie de stages bien définie.

Premièrement une Phase socle (1 an) correspondant aux stages suivants :

- un stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1),

- un stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale.

Puis une phase d'approfondissement (2 ans) avec les stages :

- en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement,

- un stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale,

- un stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale,

- un stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

Le stage obligatoire au CHU disparaît de la maquette.

Ainsi de nombreuses étapes ont conduit à l'internat de médecine générale d'aujourd'hui. Au terme de ses 9 années d'études, l'interne de médecine générale doit avoir en plus de la validation des stages énumérés précédemment, acquit différentes compétences propres au médecin généraliste [15] :

- Premier recours, urgences

- Approche centrée sur le patient, relation, communication

- Continuité, suivi, coordination des soins

- Approche globale, complexité

- Education, dépistage, prévention individuelle et communautaire

- Professionnalisme

II)LE SASPAS A POITIERS

Comme vu précédemment, au cours du 3ème cycle des études médicales, l'interne en médecine doit avoir acquis un certain nombre de compétences. Elles se développent par l'intermédiaire d'une formation théorique, mais également grâce aux maitres de stages notamment en

ambulatoire, comme au cours du stage SASPAS.
Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS) a vu le jour lors de la circulaire du 26 avril 2004 [12]. Depuis l'arrêté du 21 avril 2017 [14], ce stage ambulatoire doit avoir lieu au cours de l'un des deux derniers semestres auprès de maitres de stage agréés ayant réalisé une formation permettant l'accueil des internes en SASPAS. Il a donc obligatoirement lieu au cours de la dernière année de médecine, la 9ème année.

Comme le stipule la circulaire du 26 avril 2004, les objectifs pédagogiques de ce stage sont :

« - d'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,

- de se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,

- de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),

- de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,

- d'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins

- de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI...

Dans tous les cas, le résident ou l'interne de médecine générale exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers »

A la faculté de Poitiers ce stage ambulatoire se déroule auprès d'un trinôme de maitres de stage universitaire à raison d'une journée par semaine dans chacun des cabinets. Au cours du semestre de mai à novembre 2018, il existait 15 trinômes en Charente Maritime.

L'interne de médecine générale doit en moyenne être présent dans les cabinets médicaux 3 jours par semaine et doit être libéré 1⁄2 journée pour l'enseignement hors stage et 1⁄2 journée pour son travail personnel. Il doit réaliser 6 à 12 actes par demi-journée.

D'après le programme du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale de Poitiers [16], chaque trinôme de SASPAS propose à l'interne de médecine générale (IMG) un « **Dossier de SASPAS ou Journal de bord** ». Dans celui-ci sont présentées pour le stage les modalités administratives (coordonnées, parcours, activité ...) et pédagogiques (objectifs, **« Relevé d'activité au quotidien »** avec ses rétroaction et traces d'apprentissage, évaluations…).

Les transmissions médicales doivent avoir lieu le jour même, contrairement à la transmission pédagogique indirecte (réalisée par l'intermédiaire du dossier médical informatisé et du relevé d'activité au quotidien) qui peut avoir lieu plus tard.

III) REVUE DE LA LITTERATURE CONCERNANT LA SATISFACTION DES PATIENTS ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE ET LE SASPAS

A) Le médecin généraliste

De nombreuses études en France ont montré que les patients sont satisfaits de leur médecin généraliste.
Le Docteur NTOUBA Alexandre en 2018 [17] réalise un état des lieux de la satisfaction des patients concernant l'accès aux soins à Argenteuil. Il en ressort qu'avec 28,4%, le taux de difficultés d'accès aux soins de médecine générale de la ville d'Argenteuil est conforme à la moyenne régionale même si les Argenteuillais interrogés sont satisfaits de l'offre de médecine générale dans leur ville. Le Docteur MOUSSEL Catherine en 2009 [18] avait réalisé une étude concernant l'évolution sur 25 ans de l'image du médecin généraliste et des attentes des patients (sur 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain). Ainsi le médecin généraliste, comme par le passé, était avant tout considéré comme un conseiller, un confident, un guide, un travailleur dévoué. Le terme de technicien n'était quasiment plus cité en 2009. Et si avant 2009 plus d'un quart de la population reprochait au praticien de ne pas être suffisamment compétent, cela ne concernait plus qu'une personne sur dix. La plupart des patients avait une grande confiance en lui. Les critiques étaient moins nombreuses que 25 ans auparavant, et la patientèle revendiquait désormais davantage d'explications, de conseils, de temps et surtout d'écoute.
En 2015, le Docteur DESTRIEUX Anne Lise [19] étudie la dimension du statut de mal-aimé de la médecine. Elle met en évidence que le médecin généraliste n'est pas si mal-aimé, qu'il est respecté, et qu'il est considéré comme très important dans la vie des patients. Il est le réfèrent en matière de santé, le médecin de premier recours, celui qui oriente et qui connaît son patient.

Certaines études se sont également penchées sur les facteurs influençant la satisfaction des patients envers leur médecin généraliste.
En 2016, le Docteur Sophie El HAFDI [20] réalise une étude sur le ressenti des patients concernant la consultation de médecine générale et met en évidence des facteurs influençant la satisfaction. Les plus importants pour plus de 50% des patients interrogés sont le soulagement rapide des symptômes, les explications données par le médecin sur les tests et traitements, les informations concernant les symptômes et la maladie, la capacité du médecin à écouter, l'examen clinique. De plus, il leur paraît important d'avoir un contact téléphonique direct avec le médecin (63,8%). Enfin chez 55,3% des patients, le délai d'attente avant la consultation est jugé satisfaisant.

Le Docteur RAYNAL Pierre Alexis en 2013 [21] réalise une étude qualitative dans la population parisienne concernant les attentes des patients à propos de la disponibilité de leur médecin traitant. L'élargissement des plages horaires de consultation, une limitation de la durée de consultation et de manière prédominante la mise en place de conseil téléphonique médical par le médecin traitant permettent d'éviter un recours à d'autres praticiens ou une automédication.

Puis en 2015, le Docteur LACOMBE Claire Lise [22] par une enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé sur l'île de la Réunion, met en évidence une satisfaction de 60,1% envers leur médecin traitant. Par ailleurs, il est noté une satisfaction de 46,6% concernant le cabinet médical, de 35,3% pour les interrelations avec les spécialistes et l'hôpital, et enfin de 51,2% pour les interrelations avec les acteurs de secteur.

La même année, le Docteur MBEMBA Sandrine [23] compare la satisfaction des patients de médecine générale dans deux maisons de santé pluri-professionnelles Loirétaines. Dans cette

étude, la satisfaction des patients est importante dans les domaines de la continuité des soins, la qualité des soins reçus et la formation des professionnels. Cependant celle-ci est faible concernant l'accessibilité et la disponibilité mais ce travail montre quand même que les patients sont globalement satisfaits du mode d'exercice en maison de santé pluridisciplinaire.

Enfin, toujours en 2015, Le Docteur LERY Adrien [24] montre que 95,5% des patients de cabinet sont satisfaits de l'information transmise par leur médecin généraliste et ont le sentiment de participer aux décisions concernant leur santé. Leur médecin prend assez de temps pour les écouter. Le sexe et l'âge sont deux déterminants influant respectivement sur le sentiment de participer et sur la transmission de l'information.

D'autre part, certaines études ont analysé les facteurs diminuant la satisfaction.
En 2014, le Docteur CHATAIGNER Aline [25] par l'intermédiaire d'une étude qualitative à Challans en Vendée a travaillé sur les difficultés d'accès au médecin traitant et les conséquences ressenties sur la qualité des soins par les patients. Il en ressort que l'accès aux soins est difficile, entrainant un nomadisme médical mettant à mal la continuité des soins.

Avant elle, le Docteur MULOT Julien [26] en 2013 avait étudié le point de vue des patients concernant le désaccord dans la relation médecin-patient. La principale critique faite par les patients était liée au délai de RDV (46,6%), puis par ordre d'importance venait le désaccord lié au comportement du médecin traitant (35,0%) ainsi qu'aux prescriptions (35,0%), et enfin le désaccord lié au diagnostic (33,1%). 18,1% des patients déclaraient avoir déjà changé de médecin traitant pour cause de désaccord avec ce dernier.

Afin de déterminer quels facteurs diminuent la satisfaction des patients envers leur médecin généraliste, le Docteur METOIS Clara en 2013 [27] a étudié le ressenti des patients concernant le retard de leur médecin généraliste (étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique). 92% des patients sont satisfaits du contenu des consultations mais l'augmentation du temps d'attente perçu entraine une baisse de la satisfaction globale, surtout au-delà de 30 minutes d'attente. 48% des patients se sont dit satisfaits de la durée d'attente.

L'article du Docteur POOT Antonius en 2014 [28] met en évidence que chez les personnes âgées, l'insatisfaction à l'égard de la médecine générale est fortement corrélée à la complexité croissante des problèmes de santé, indépendamment de l'âge, des paramètres démographiques et cliniques.

Puis, dans le cadre de sa thèse, le Docteur PURVIN Julie en 2016 [29] a voulu comprendre pourquoi les patients picards changeaient de médecin traitant. Elle conclue que *«la vulgarisation de la médecine par le biais des différents médias peut modifier la relation médecin/malade. Les patients viennent en consultation avec une idée de leur diagnostic et de leur prise en charge parfois différente de leur médecin, entraînant une dégradation du colloque singulier. Le manque de médecins généralistes dans certains secteurs de Picardie conduisant à une surcharge de travail et moins de temps à accorder aux patients altère aussi la relation ».*

Une étude publiée dans la revue « Exercer » tente également de déceler les paramètres influençant cette satisfaction. En effet en 2013, KREUWEN A et BONNET P [30] ont étudié la satisfaction de la consultation en médecine générale en fonction de la typologie des patients et déterminants.
D'après les résultats obtenus pour certains patients, le fait de consulter son médecin généraliste depuis longtemps serait associé à une plus grande satisfaction. Pour d'autres patients, le fait d'être indemne de toute maladie chronique et celui de consulter pour un problème aigu seraient associés à une moins grande satisfaction.

Au final, de nombreuses études ont eu lieu afin d'étudier la satisfaction des patients envers leur médecin généraliste. Dans la majorité des cas, ceux-ci sont satisfaits, mais certains facteurs pourraient venir augmenter cette satisfaction.

B) Le SASPAS

De multiples études ont étudié dans le passé l'influence que peut avoir la présence d'un interne de niveau 1 (c'est à dire en présence du médecin généraliste) sur la satisfaction des patients en médecine libérale, à l'étranger [31-37] comme en France [38-43]. Il en ressort que la globalité des patients sont satisfaits, d'autant plus s'ils se familiarisent avec lui [44]. La présence de l'interne de niveau 1 (N1) n'altère pas la qualité des soins même si certains patients ne concèdent à l'interne que le domaine des actes anodins et faciles [41].
Certains facteurs influencent la satisfaction. En effet, plus le motif de consultation est intime, moins l'interne de niveau 1 est accepté [42,43]. A noter que dans l'étude de CIABRINI en 2002 [43], les femmes acceptent plus difficilement les étudiants (quel que soit leur sexe) que les hommes.
En 2011, dans l'étude de MASSAT et RENOUX [40], l'interne de niveau 1 *« devait être qualifié et avoir des connaissances suffisantes, être professionnel à la fois en termes de pratique et d'apparence, être à l'écoute et comprendre les problèmes du patient. La consultation devait ressembler à ce à quoi ils étaient habitués ».*

Par ailleurs, d'autres études ont analysé la satisfaction des patients envers les internes en SASPAS.
C'est le cas du Docteur BEAUJOUAN Xavier [45], qui en 2007, trois ans après la création du stage SASPAS a réalisé une enquête sur le vécu des patients ayant consulté l'interne. Son étude descriptive montre la bonne acceptation par les patients de l'interne SASPAS même si l'information donnée aux patients semble pouvoir être améliorée.
En 2009, le Docteur JAGLALE LETNIOWSKI [46], retrouve un taux de satisfaction de 87% chez les patients. Seulement son étude prend aussi en compte les internes de niveau 1.
En 2011, Mol, S. S. L., PEELEN, J. H., KUYVENHOVEN, M. M. dans la revue « Médical Teacher » [47], rapportent que la satisfaction des patients est positive, même si ceux-ci sont réticents à consulter pour des motifs intimes.
En 2013, le Docteur CUVELIER BENHENIDA Aurore [48] retrouvait dans son étude que *«100% des patients se sentaient bien accueillis par l'interne contre 96,5% par leur médecin habituel, 99,5% des patients avaient pu expliquer librement à l'interne toutes les raisons qui les avaient amenés à consulter contre 94% à leur médecin habituel, 98% des patients jugeaient que l'examen de l'interne était adapté contre 93% pour leur médecin habituel, 97,5% des patients étaient satisfaits des explications de l'interne contre 93,5% pour les explications de leur médecin habituel, 99% des patients étaient satisfaits des prescriptions de l'interne contre 94,5% de satisfaction pour les prescriptions de leur médecin habituel. 14% des patients de l'échantillon voulaient reconsulter leur médecin traitant pour 2e avis mais 98% des patients étaient d'accord pour revoir l'interne en consultation. 39% des patients pensaient qu'avoir vu l'interne en consultation « a probablement amélioré » leur prise en charge et leur suivi ».*

De même, 99% des patients étaient satisfaits de la consultation réalisée par l'interne en SASPAS, dans l'étude du Docteur BOURTEEL Cecilia en 2015 [49].

En 2016, deux études viennent confirmer ces résultats. Le Docteur GROSJEAN Mathieu [50] montre que malgré la satisfaction importante des patients, celle-ci dépend de l'information fournie par le SASPAS, de son aptitude à l'écoute, à la communication et de son professionnalisme. Le Docteur VALLEE Elisabeth [51] objective que la présence de l'interne en SASPAS dans la région Rennaise facilite l'accès aux soins, lutte contre la désertification médicale et apporte un regard nouveau sur le dossier médical. Les patients réclament tout de

même une meilleure information, une implication plus marquée du médecin traitant et des modifications dans l'organisation du stage.

Enfin, en 2017, trois thèses étudient le ressenti des patients. Le Docteur BORLOT Cécile [52], à l'aide du questionnaire « Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire » interroge les patients Bisontins. Sur 940 questionnaires exploitables, le score global moyen de satisfaction des patients est de 105 (pour un score maximal à 116). Le Docteur SHMITT Florian [53] a étudié l'Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale. La satisfaction globale est de 9/10, et dans 31% des cas, le délai bref de consultation est un point positif, tout comme l'écoute et la disponibilité de l'interne.
Au cours de cette même année, Messieurs DEFFROMONT Thierry, THUEUX Jean-Paul, LITZLER Pierre-Yves, JOLY Luc-Marie et BOURROUILLOU Georges [54] ont réalisé une étude quantitative en Haute-Normandie afin de déterminer les causes de la venue ou non des patients en consultations avec l'interne en SASPAS. Ils mettent en évidence que *«97% sont satisfaits des internes et 87% acceptent lorsqu'on leur propose un rendez-vous avec lui. Les principales raisons sont : la confiance, l'impossibilité de voir leur médecin ou apporter une aide à la formation. 13% refusent pour les raisons suivantes : la confiance en leur médecin, le fait que ce dernier connaît leurs antécédents, une mauvaise expérience avec un interne ou une méconnaissance du statut d'interne. Si on approfondit ces résultats, on remarque que les personnes âgées, celles qui fréquentent le cabinet depuis plus de 10 ans, ou les personnes n'ayant jamais vu l'interne sont plus nombreuses à refuser. La majorité des patients coopère, mais une information sur sa présence, son statut, son niveau d'étude... parait importante pour la pérennité de ce SASPAS nécessaire à la formation des internes ».*

En conclusion, comme dans le cas du médecin traitant la satisfaction est importante, même si certains patients restent réticents quand il s'agit du domaine intime. Certains facteurs pourraient venir majorer cette satisfaction, comme l'amélioration de l'information concernant le SASPAS.

IV) LA DESERTIFICATION MEDICALE

A) La situation en 2018

En 2018, en France, la désertification médicale est un problème sociétal majeur. De nombreuses communes voient l'accès aux soins diminuer voire disparaître, la succession des médecins généralistes partant à la retraite n'étant pas assurée partout.
D'après les chiffres de l'INSEE [55], en 20 ans, la population française est passée de 59 899 347 habitants à 66 890 699 habitants, soit 6 991 352 habitants de plus. En Charente Maritime, la population a augmenté de 92 507 habitants, passant de 552 641 habitants en 1998 à 645 148 habitants en 2018.
Ces chiffres sont liés au vieillissement de la population. En France, en 1998, la majorité des habitants avait entre 30 et 34 ans, contre 50 à 54 ans en 2018. Il en est de même en Charente Maritime, avec une majorité d'habitants entre 45 et 49 ans en 1998, contre 65 à 69 ans en 2018. Ce vieillissement de la population entraine une majoration de la demande de soins.

Parallèlement à cette nette hausse de la population en France et en Charente maritime, le nombre de médecins généralistes s'effondre. (Figure 1)

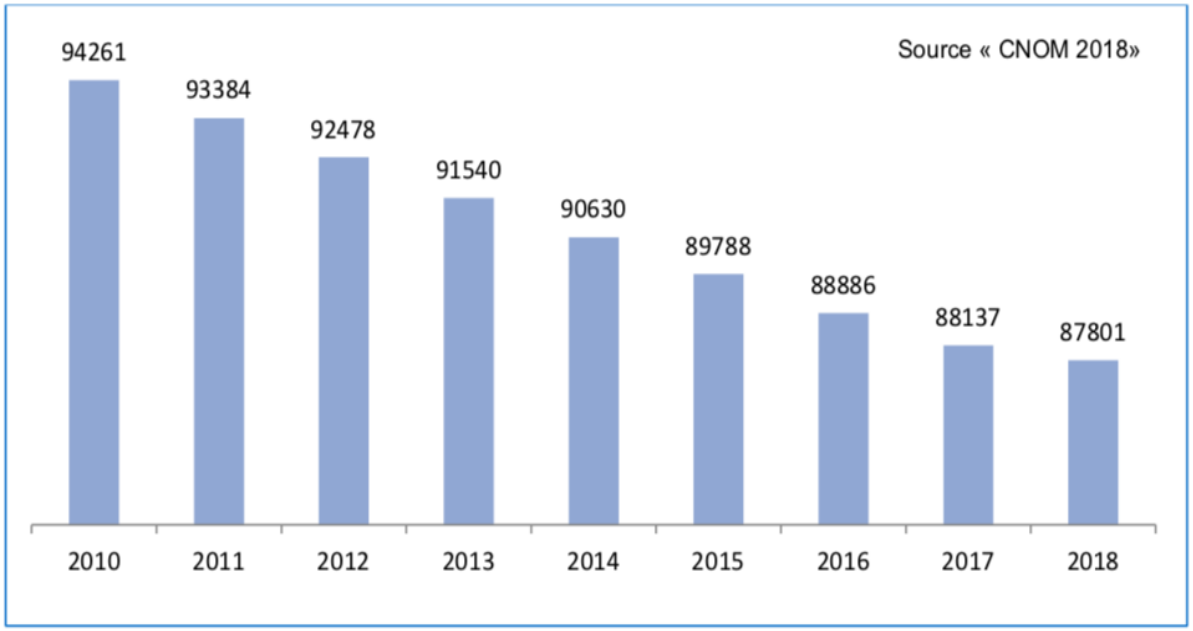


Figure 1 : Evolution de l'effectif des médecins généralistes en France depuis 2010 [56]

D'après l'ATLAS 2018 de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins [57], on observe en France une baisse de 7,3% de médecins généralistes depuis 2010 (87 801 en 2018 contre 94 261 en 2010). A noter que 37% d'entre eux plébiscitent l'activité salariée (contre 33% en 2010). La projection des effectifs des médecins généralistes jusqu'en 2025 n'est pas plus encourageante (Figure 2). En effet, en observant la pyramide des âges des médecins généralistes en France en 2018, on observe que bon nombre d'entre eux approchent de la retraite (Figure 3).

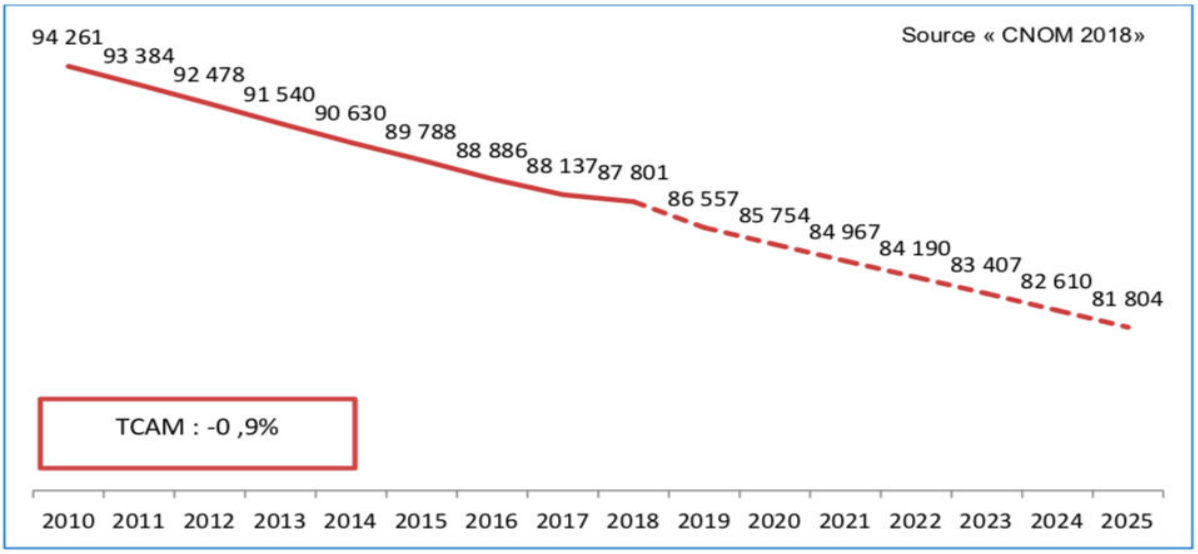


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en France jusqu'en 2025 [57]

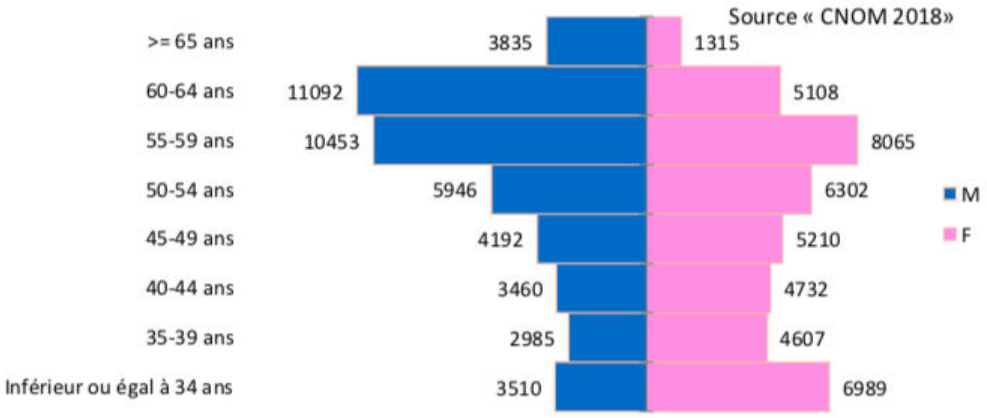


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en France en 2018.

Il est démontré que le renouvellement de médecins généralistes est insuffisant car l'« index de renouvellement générationnel » (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) se situe à 0.85.
De plus les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrent une majoration des inégalités en termes de densité médicale entre les départements les mieux lotis (décile 10) et les départements les moins bien lotis (décile 1). Ainsi, pour la médecine générale, le rapport entre ces deux déciles est de 1.6 en 2018 contre 1,4 en 2010. Il est stipulé que *« les départements les plus mal lotis ont par ailleurs connu une dégradation plus rapide de leur densité médicale : là où la densité des généralistes a chuté de 9.8% dans les départements du décile 10 entre 2010 et 2018, elle chutait de 19.8% dans le décile 1 ».*
En Charente Maritime, le constat est le même avec une régression entre 0,90 % et 0,77% de la densité de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018. (Figure 4).

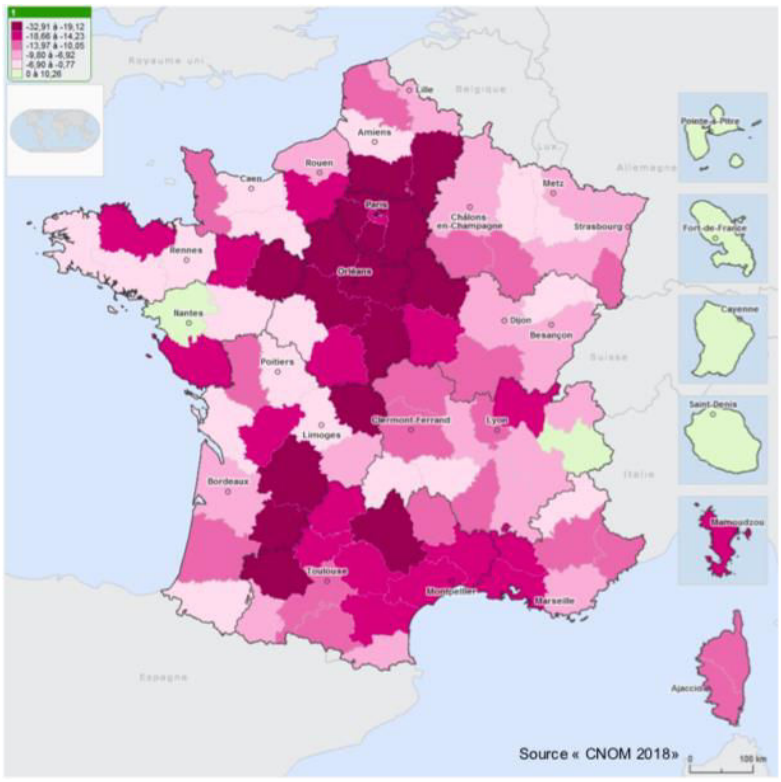


Figure 4 : Variation des densités départementales (en %) de médecins généralistes en activité régulière de 2010 à 2018 *[57]*

En comparant les dynamiques en 2017-2018 des médecins généralistes par rapport à la population, on s'aperçoit qu'en Charente Maritime la densité de médecins généralistes diminue de 0,70% pour une population qui reste stable (Figure 5).

Départements	Médecins généralistes en activité régulière				Population INSEE					
	Densité 2018	variation densité 2018-2017	Effectifs 2018	variation effectifs 2018-2017	Variation 2018-2017					
					0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total
Ain	92,6	-2,70%	601	-0,83	0%	1%	0%	3%	2%	1%
Aisne	91,2	-5,15%	504	-5,56	-1%	-1%	-1%	2%	0%	0%
Allier	119,2	-0,17%	419	-0,48	-1%	-1%	-1%	2%	0%	0%
Alpes-de-Haute-Provence	152,4	2,03%	253	1,98	-1%	-1%	-1%	2%	2%	0%
Hautes-Alpes	205,4	3,75%	299	4,68	-1%	0%	-1%	2%	1%	0%
Alpes-Maritimes	149,2	-0,47%	1638	-0,37	0%	0%	-1%	1%	1%	0%
Ardèche	110	-0,55%	367	0,54	0%	0%	0%	3%	1%	0%
Ardennes	121,1	-2,89%	346	2,02	-2%	-2%	-2%	2%	-1%	-1%
Ariège	141,9	-0,99%	224	-1,34	-1%	-1%	-1%	2%	0%	0%
Aube	98,1	-4,59%	311	-3,86	0%	0%	-1%	2%	1%	0%
Aude	126,9	-1,81%	478	2,51	0%	-1%	0%	2%	1%	0%
Aveyron	115,1	-2,09%	334	-1,80	0%	0%	-1%	2%	0%	0%
Bouches-du-Rhône	152,8	-1,70%	3126	-0,61	0%	0%	0%	2%	1%	0%
Calvados	138,6	0,22%	984	0,71	-1%	-1%	-1%	3%	0%	0%
Cantal	140,2	0,07%	213	-0,47	-1%	-2%	-2%	3%	-2%	-1%
Charente	111,9	-3,57%	410	-3,66	-1%	-1%	-1%	2%	0%	0%
Charente-Maritime	142,6	-0,70%	939	0,21	0%	0%	-1%	2%	1%	0%

Figure 5 : Dynamiques comparées médecins généralistes et population dans certains départements en 2017-2018 *[57]*

B) Le projet du gouvernement

Les statistiques présentées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2018, montre l'urgence d'une solution pour faire face à la désertification médicale.

Monsieur le **Premier Ministre Edouard Philippe** annonçait en octobre 2017 [58] :
« Chaque citoyen doit avoir accès à une médecine de qualité, quel que soit l'endroit où il vit.

La santé touche le quotidien de l'ensemble des français : avoir un médecin traitant, obtenir rapidement un rendez-vous, accéder à des soins médicaux spécialisés dans un délai approprié à leurs besoins. Autant d'attentes qui doivent être satisfaites au même niveau de qualité sur l'ensemble de notre territoire.

Il ne s'agit pas pour moi de nier la réalité : dans certains endroits, malheureusement, ces actes simples peuvent devenir difficiles, quand les réponses aux besoins se font trop rares ou pas assez adaptées ».

C'est ainsi que le 13 octobre 2017, **Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN** proposait un plan contre les déserts médicaux en annonçant :

« Je propose d'articuler mon action autour de 4 priorités

Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue,

La mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances,

Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue,

Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territorial ».

Afin d'accomplir la priorité numéro 1 « renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue », elle propose :

- d'aider à l'installation des médecins dans les zones sous tension grâce à l'apport de 50 000 euros en 3 ans,

- de faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux afin de maintenir des médecins sur le territoire (le plafond de revenu annuel au deçà duquel les médecins pourront demander à être dispensés des cotisations au régime Prestation Complémentaire Vieillesse s'élèvera à 40000 euros dans les zones en tension, contre 11 500 euros jusqu'alors),

- de développer les consultations avancées avec une valorisation des contrats conventionnels,

- de créer des postes « d'assistants partagés » entre la ville et l'hôpital,

- **de généraliser le contrat de médecin adjoint dans les zones sous denses, à un interne en fin de cursus, apte à être remplaçant, en autonomie complète,**

- de favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation, par revalorisation financière de l'indemnité des maitres de stage en zone sous dense de 50%, et par la simplification des démarches pour devenir maitre de stage,

- de faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/libéral) en améliorant la protection sociale des remplaçants, et en diminuant les charges relatives à l'exercice libéral,

- de développer les coopérations entre les professionnels de santé en déployant les infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe), diffuser de nouveaux protocoles de coopérations simplifiés),

- d'organiser la contribution des centres médicaux des armées.

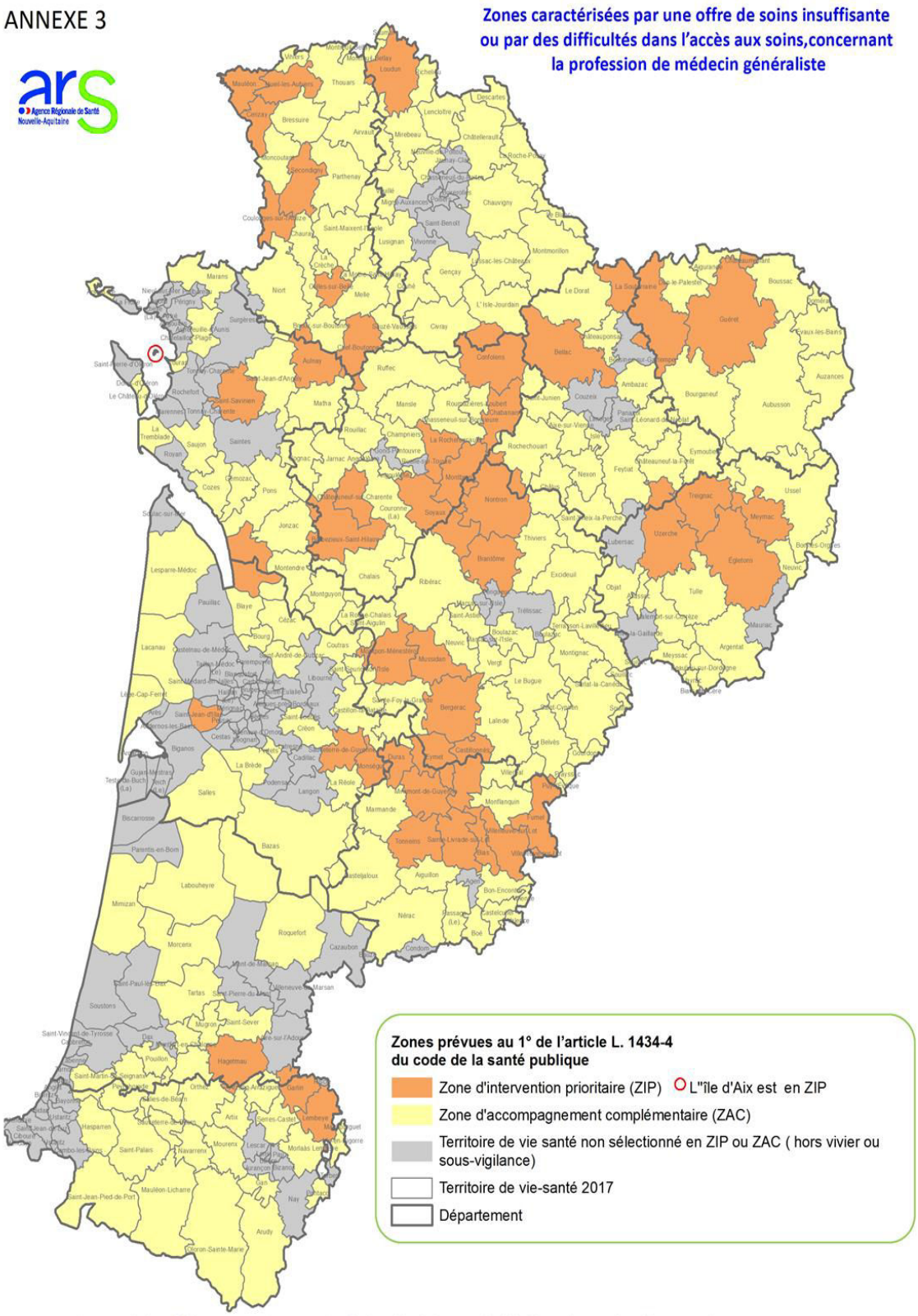
La priorité numéro 2 consistant à « mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances » s'organise autour de l'inscription de la télé-médecine dans le droit commun, de l'installation de la téléconsultation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et du développement des territoires digitaux (Dossier médical partagé).

La priorité numéro 3 « favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue », s'articule en soutenant le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé, en garantissant une réponse aux demandes de soins non programmées aux heures d'ouverture des cabinets par des initiatives professionnelles. Il sera aussi créé un guichet unique d'information et une simplification de la prise en charge des patients en situation complexe sera établie en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui aux parcours complexes.

Enfin, la priorité numéro 4 « une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover » sera organisée par la co-construction de projets d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les institutions et les élus du territoire. Il sera aussi créé un cadre commun pour expérimenter de nouvelles organisations, et l'accompagnement des projets de territoires sera appuyé par les agences régionales de santé. Enfin une évaluation aura lieu régulièrement par un comité d'évaluation.

En mai 2018, l'Agence régionale de santé publiait pour la Nouvelle Aquitaine la carte des zones où l'offre de soins est insuffisante et où il existe des difficultés dans l'accès aux soins,

concernant les médecins généralistes (carte 1).



Carte 1 : Zones sous denses en médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine en mai 2018

Ce projet de loi est de nouveau détaillé en février 2019. En plus des mesures précédemment

citées, il est annoncé que le « numérus clausus » du concours de la première année serait supprimé. Les effectifs d'étudiants en 2e ou 3e années seront déterminés par les universités, en lien avec les agences régionales de santé, selon leurs capacités et les besoins du territoire. Les épreuves classantes nationale (ECN) en fin de 6ème année vont également disparaître au profit de nouveaux examens. Par ailleurs seront créés des "hôpitaux de proximité" recentrés sur la médecine générale, la gériatrie et la réadaptation, mais sans chirurgie ni maternité. De même, afin de développer une meilleure coordination des soins, les professionnels pourront décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Il s'agit d'un regroupement de professionnels de premier et second recours, et d'acteurs médico-sociaux.

V) JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

En 2018, la désertification médicale est un problème majeur de santé publique en France, touchant un grand nombre de patients. Ainsi parmi les mesures du gouvernement, est proposée la généralisation du contrat de médecin adjoint aux internes aptes à être remplaçants, tels que l'interne en SASPAS.
En effet, pour être médecin généraliste remplaçant, il faut avoir réalisé au moins 3 semestres d'internat dont un semestre chez un praticien généraliste agréé correspondant au stage Niveau 1 [59]. Lors de ce stage de niveau 1, l'interne participe aux consultations en présence du praticien, contrairement au stage SASPAS où l'interne exerce en autonomie avec un débriefing en fin de journée.
Afin de savoir si cette mesure peut être viable, il apparaît indispensable de savoir si les patients sont prêts à consulter des internes aptes à être remplaçants, comme l'interne en SASPAS. Notre étude est une ébauche de réponse.

L'objectif principal est de comparer le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par le médecin généraliste habituel et celle pratiquée par l'interne en SASPAS, dans une zone sous dense en Charente Maritime en 2018.
Les objectifs secondaires sont l'évaluation des facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS comme solution à la désertification médicale, et l'étude des connaissances du patient concernant le statut de l'interne en SASPAS.

MATERIELS ET METHODE

I) TYPE D'ETUDE :

Une étude quantitative descriptive transversale, a été réalisée grâce à un questionnaire rempli par les patients en salle d'attente entre le 27 août et le 29 novembre 2018, en Charente Maritime.

II) ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Une introduction récapitulant le but de l'étude a été rédigée afin de réexpliquer les grandes lignes de celle-ci. Puis il fallait élaborer un questionnaire permettant d'étudier les objectifs principal et secondaires.

A) Etude de l'objectif principal: le questionnaire EUROPEP [60]

L'objectif principal de l'étude étant de **comparer le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par le médecin traitant et celle pratiquée par l'interne en SASPAS**, nous voulions un questionnaire anonyme, qui ne prenne pas trop de temps à remplir, sans questions longues. Nous avons travaillé à partir d'un questionnaire de satisfaction validé : le questionnaire EUROPEP.

L'instrument EUROPEP a été mis au point pour permettre la comparaison internationale en Europe des résultats de la médecine générale et pour fournir un retour d'information pédagogique aux médecins généralistes. Il est né du réseau de soins de qualité de WONCA-Europe, EQUIP, présidé par le Professeur Chris VAN WEEL.
Afin d'en établir les items, une analyse de la littérature sur les opinions et les priorités des patients en matière de soins primaires a été réalisée par WENSING en 1998. Puis JUNG en 1999 a réalisé une analyse approfondie de la relation entre les caractéristiques spécifiques des patients et leurs priorités en matière de soins de médecine générale.
Des représentants de huit pays européens ont réalisé un certain nombre d'études et d'activités entre 1995 et 1999 afin de développer et de tester l'instrument EUROPEP.
Une enquête a ainsi été mise en place dans 8 pays européens (Norvège, Suède, Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne, Portugal et Israël) (GROL, 1999). Un questionnaire a été élaboré comprenant une liste de 38 aspects pertinents de la priorité des patients en soins primaires, divisée en cinq sections : soins médico-techniques, relation médecin-patient, information et soutien, disponibilité, accessibilité et organisation des services. L'enquête a été menée sur 3540 patients (60 patients par généraliste dans au moins 12 cabinets par pays).

Le questionnaire a été validé en plusieurs étapes :

- 1996 : Etude pilote qualitative (47 items-30 patients)
Cette étude visait à construire un questionnaire source qui soit clair, compréhensible pour les patients et qui utilise un anglais approprié.

- 1996 : Etude pilote quantitative (47 items-239 patients)
Cette étude a été réalisée pour évaluer la variation des scores d'un patient à l'autre, pour déterminer la réponse à un item et pour tester la faisabilité de procédures de recrutement de patients dans les différents pays.

- 1997 : Procédure de traduction formelle
Dans chacun des pays participants, une procédure a été suivie pour traduire la nouvelle version anglaise du questionnaire de 44 questions dans les différentes langues.

- 1997 : Etude de validation (44 items-1008 patients)
Cette étude visait à évaluer la pertinence des questions ainsi que leur sensibilité à la variation entre les patients.

- 1998 : Sélection finale des articles
Le but de cette étape était de faire la sélection finale des éléments à inclure dans l'instrument EUROPEP de manière systématique et reproductible.

- 1998 : Validation finale : étude psychométrique (16 pays, 23 items- 23892 patients)
Sept autres pays ont alors rejoint le projet (Autriche, Belgique : wallon et flamand, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Islande, Hollande, Norvège, Portugal, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et Israël). Cette étude visait à évaluer les caractéristiques psychométriques de l'instrument EUROPEP final en 23 points concernant la validité du contenu (réponse du poste) et la fiabilité (cohérence interne).

Ainsi, le questionnaire EUROPEP, validé en France, a été utilisé afin de comparer le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par le médecin généraliste et celle pratiquée par l'interne en SASPAS.
Les questions sont évaluées sur une échelle de satisfaction de 1= faible, à 5= excellent.

B) Etude des objectifs secondaires

L'étude vise à évaluer deux éléments :

- les facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS comme solution à la désertification médicale.

- les connaissances du patient concernant le statut de l'interne en SASPAS.

Afin d'évaluer ces objectifs secondaires, une analyse de la littérature a été réalisée à partir d'études qualitatives arrivées à saturation [40, 51] et réalisées auprès de patients sur le niveau de satisfaction des internes en SASPAS.

Elle a permis de mettre en évidence des réponses récurrentes de patients permettant l'élaboration des questions 2 à 7 de notre questionnaire. Concernant la question 7, une échelle de LIKERT a été utilisée.

C) Pré-test et test

Le questionnaire a tout d'abord été pré-testé auprès d'une dizaine de proches pour déterminer la compréhension des questions et le temps de remplissage qui ne devait pas être supérieur à 5 minutes. Il s'est avéré qu'il fallait en moyenne 4 minutes pour le remplir, et les questions 3 et 7 ont été reformulées.

Pour s'assurer d'une bonne compréhension des questions dans la population générale, le questionnaire a ensuite été testé en mai 2018, sur 2 journées, auprès de 20 patients de deux cabinets de Charente Maritime, exclus de l'étude finale car ne faisant pas partis de la zone de désert médical.

Le questionnaire a été distribué à 10 patients du Dr BENARD au pôle de santé de Breuillet, et à 10 patients des docteurs BRABANT, BRUNET et CHABANNE à Pont l'abbé d'Arnoult, ces

trois derniers recevant des internes en SASPAS. Il était demandé au patient de marquer d'un point d'interrogation les mots ou expressions qui posaient problèmes, et d'en expliquer la raison.

Le questionnaire EUROPEP (question 1) étant un questionnaire validé, aucune modification ne pouvait être envisagée. Certaines questions ne trouvaient pas de réponses lors du test, il a donc été ajouté de vérifier que le patient ait bien répondu à toutes les questions, à l'oral en début et à l'écrit en fin de questionnaire.

Concernant la question 5 sur le nombre d'années d'études, une case «je ne sais pas » a été rajoutée, car il fallait envisager cette possibilité.

Au total, le questionnaire final (Annexe 1) a été créé sous Open Office document texte, comprenant 4 pages, divisé en deux grandes parties de questions fermées :

- l'étude de l'objectif principal : question 1 avec 23 sous-questions correspondant au questionnaire EUROPEP.

- l'étude des objectifs secondaires : questions 2 à 7, cette dernière divisée en 2 sous-questions.

III) RECRUTEMENT

A) Les médecins

L'objectif était d'avoir deux groupes les plus comparables possibles.

Afin de connaitre combien nous devions recruter de médecins généralistes ne recevant pas d'interne en SASPAS, nous avons attendu d'estimer le nombre exact de maitres de stage recevant des SASPAS qui acceptaient que j'interroge leurs patients.

Nous avons donc récupéré auprès du Département de médecine générale de Poitiers, la liste des maitres de stage recevant des internes en SASPAS en Charente maritime lors du semestre de mai à novembre 2018. Etant au nombre de 10 dans les zones de déserts médicaux, nous les avons tous contacté soit par mail, soit directement par téléphone. Initialement aucun n'a refusé que nous interrogions leurs patients lorsque leur SASPAS travaillait. L'interne en SASPAS était informé de notre présence par son maitre de stage.

Nous avons par la suite récupéré la liste des médecins généralistes ne recevant pas d'internes en SASPAS et exerçant en libéral dans les zones où l'offre de soins est insuffisante, sur le site du Conseil de l'ordre des médecins de Charente Maritime [61] dans l'« annuaire des médecins ». Après les avoir sélectionnés aléatoirement grâce à la fonction « ALEA ENTRE BORNES » sur Excel, nous avons contacté par mail ou par téléphone les 10 premiers médecins de la liste. Chaque fois qu'un médecin refusait ou ne répondait pas après une relance, nous contactions le médecin suivant de la liste. Ainsi, 10 médecins ont accepté que je vienne interroger leurs patients sur une journée en salle d'attente.

Un seul maitre de stage recevant un interne en SASPAS s'est finalement retiré de l'étude, ne répondant plus à nos appels et mails lorsque nous l'avons contacté pour définir la date de notre venue.
Au final, nous avons défini deux groupes : le groupe 1 correspond aux patients de 9 maitres de stage recevant des internes en SASPAS, et le groupe 2 aux patients de 10 médecins ne recevant pas de SASPAS.

B) Les patients

1) Critères d'inclusion

- avoir consulter au moins une fois l'interne en SASPAS (groupe 1), ou le médecin généraliste (groupe 2),
- avoir accepté de répondre au questionnaire

2) Critères d'exclusion

- être mineur sans être accompagné d'une personne majeure,
- ne pas savoir lire ni écrire, sans être accompagné d'un aidant,
- patients ayant dans le passé déjà consulté le chercheur (moi-même).

IV) TERRAIN DE L'ETUDE

L'étude a eu lieu dans 19 cabinets répartis dans toute la Charente Maritime (carte 2), dans les zones de déserts médicaux. Comme définies selon la carte de l'Agence régionale de santé, les « zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste » (carte 3) comprennent les ZIP (zones d'intervention prioritaire), et les ZAC (zones d'accompagnement complémentaire).

Carte 2 : Répartition géographique des cabinets médicaux

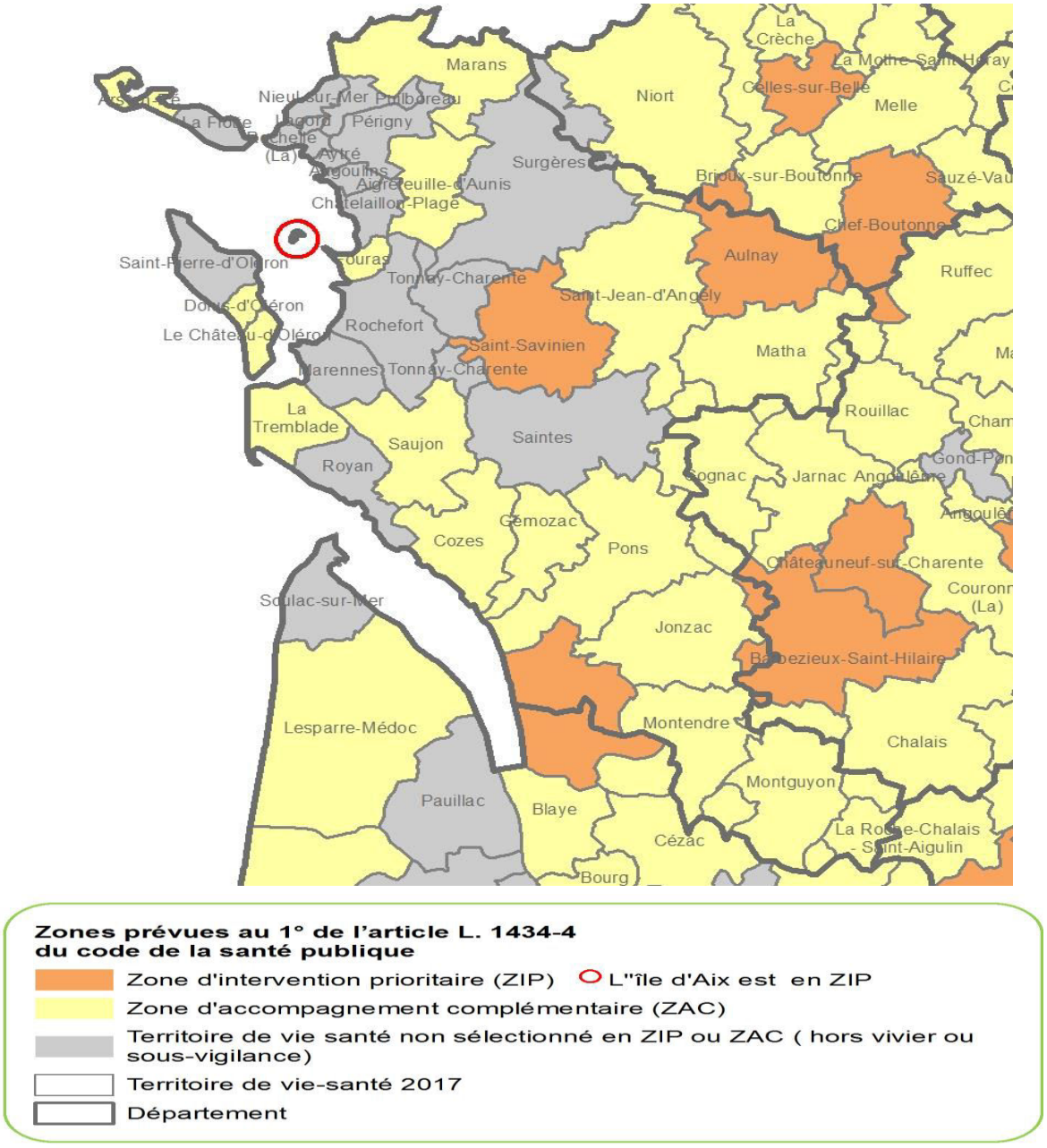
Source Google Map

En rouge : villes du groupe 1 **En vert : villes des groupes 1 et 2**

En bleu : villes du groupe 2

Cabinet 1 Dr SEGUIN	Taillebourg
Cabinet 2 Dr DEZEIX	Saujon
Cabinet 3 Dr BINET	St Jean d'Angely
Cabinet 4 Dr BRAVIN	Jarnac Champagne
Cabinet 5 Dr RODEAU	Mirambeau
Cabinet 6 Dr NGUYEN	Pons
Cabinet 7 Dr MARTIAN	St Fort sur Gironde
Cabinet 8 Dr BOSSUET	Chevanceaux
Cabinet 9 Dr NAU	Gemozac
Cabinet 10 Dr BERGOEND	Tonnay Boutonne
Cabinet 11 Dr BRINON	Aigrefeuille d'Aunis
Cabinet 12 Dr CVJETIC	Pons
Cabinet 13 Dr POIROUX	Saint Sauveur d'Aunis
Cabinet 14 Dr ARULNAYAGAM	Saujon
Cabinet 15 Dr CANTIN	St Jean de Liversay
Cabinet 16 Dr IBARAGHEN	Gemozac
Cabinet 17 Dr CHAMBRES	Saujon
Cabinet 18 Dr CHAMPLON	St Trojan les bains
Cabinet 19 Dr TAVERNIER	La Tremblade

Carte 3 : zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste, en Charente Maritime



Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique. Réalisation ARS NA-DPSP, pôle statistiques, études et évaluation-28/05/2018

V) LES DONNEES

A) Recueil des données

Afin d'éviter une perte de données, la remise du questionnaire en main propre nous a paru être la meilleure solution.
Durant notre étude, j'ai ainsi pris le rôle de chercheur et me suis déplacé dans chaque salle d'attente afin de recueillir en moyenne une vingtaine de questionnaires exploitables par cabinet, soit 400 environ au total. Nous souhaitions si possible obtenir des effectifs similaires dans les

différents centres. Le recueil a eu lieu du 27 août au 29 novembre 2018.
Dès lors que les patients s'installaient en salle d'attente, je leur proposais mon questionnaire avant la consultation et après leur avoir expliqué le but de l'étude je leur rappelais l'anonymat du questionnaire. S'ils acceptaient de participer à l'étude, je leur demandais de vérifier de répondre à toutes les questions.
Une fois le questionnaire rempli, les patients l'inséraient dans une urne placée en salle d'attente afin que je ne visionne pas leurs réponses lors de la remise.
Un aidant pouvait remplir le questionnaire en cas de patient ne sachant pas lire, s'il était en mesure de comprendre les questions. Ce fut le cas pour 12 patients.

Dans le groupe 1 (consultation auprès d'un SASPAS), si le patient n'avait jamais consulté d'interne en SASPAS, je leur proposais de prendre 5 minutes après la consultation pour remplir le questionnaire.

B) Exploitation des données

Le recueil des données a été fait cabinet par cabinet, sous la forme d'un tableur créé à partir d'Open Office classeur, permettant de récapituler les réponses de chaque patient.

L'analyse des résultats s'est ensuite faite avec l'aide téléphonique de Mme GAND Elise, ingénieur biostatisticien à Poitiers. Nous avons utilisé le site « BIOSTATTGV » [62], tests statistiques disponibles en ligne.
S'agissant de variables qualitatives indépendantes, avec une variable de réponse qualitative nominale, un test du Chi2 ou un Test de Fisher (lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5) ont été utilisés.
Nous sommes partis de l'hypothèse Ho qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, que ceux-ci sont indépendants, avec un degré de signification de 0,05.

RESULTATS

I) STATISTIQUES DESCRIPTIVES

A) Taux de réponse

1) Sur échantillon total

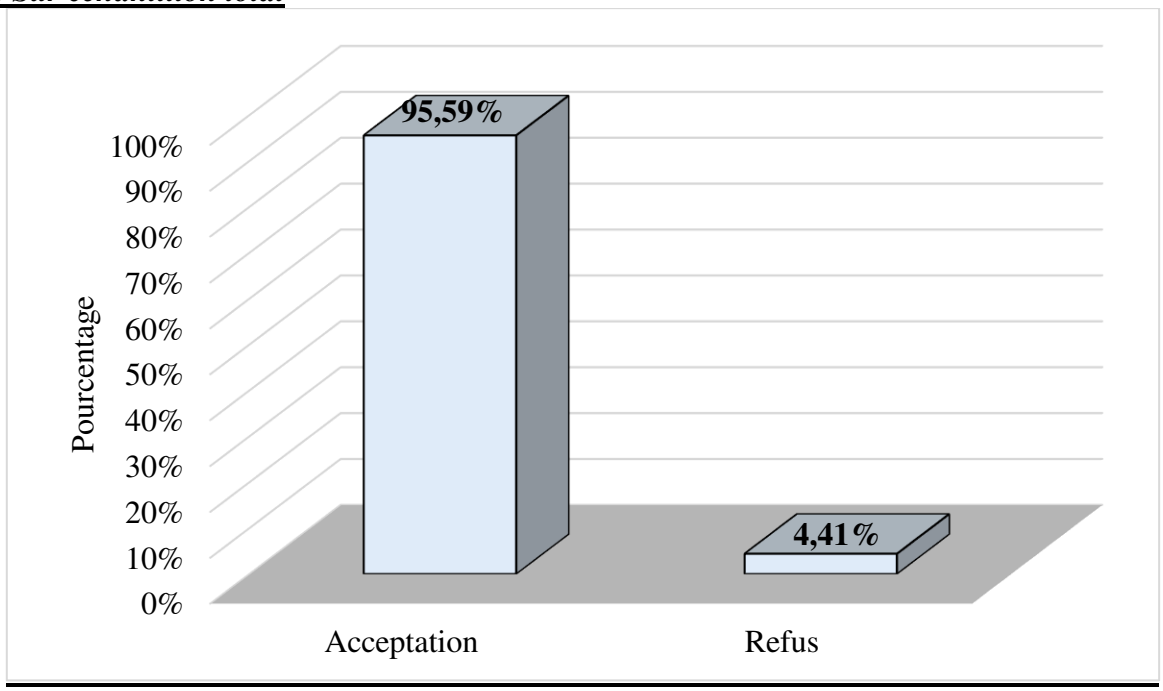


Figure 6 : Taux de réponses au total

Au total, 18 personnes ont refusé de répondre au questionnaire, soit 4,41% de refus et 95,59% d'accord.

2) Par centre

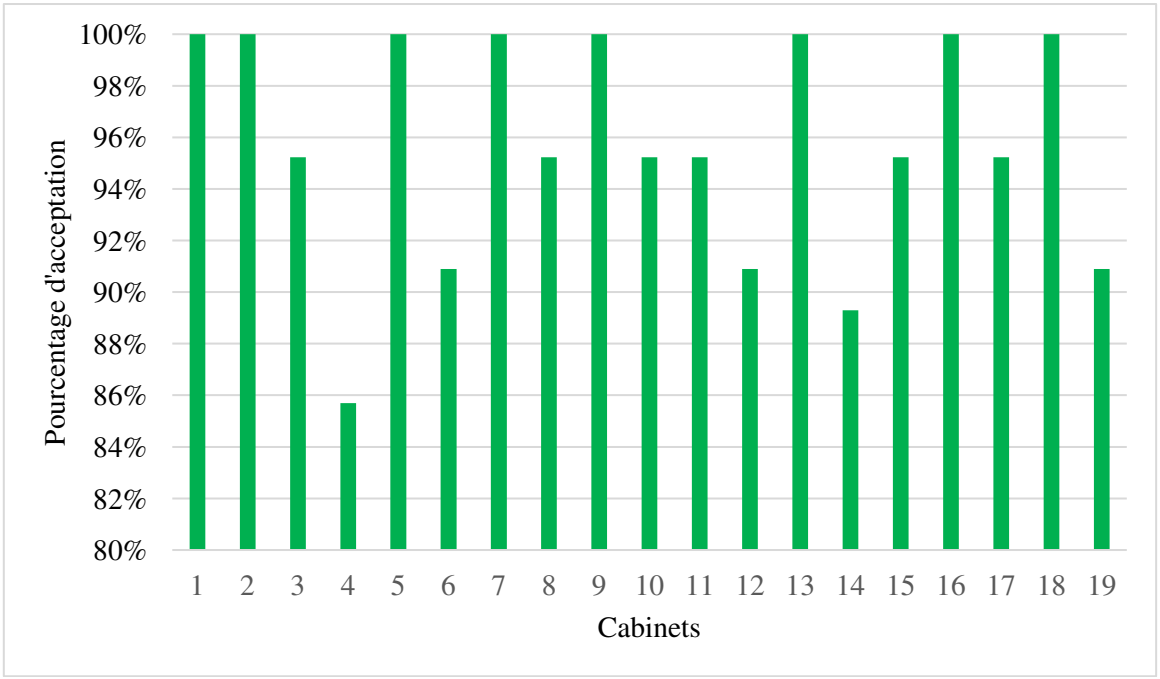


Figure 7 : Taux de réponses par cabinet

Le pourcentage d'acceptation de réponse au questionnaire varie de 85,7% (1 cabinet) à 100 % (8 cabinets).
1 cabinet présente 89,3% de réponse.
3 cabinets présentent un taux d'acceptation de 90,9%.
Enfin, 6 cabinets retrouvent 95,23% d'accord pour répondre au questionnaire.

3) Par groupe

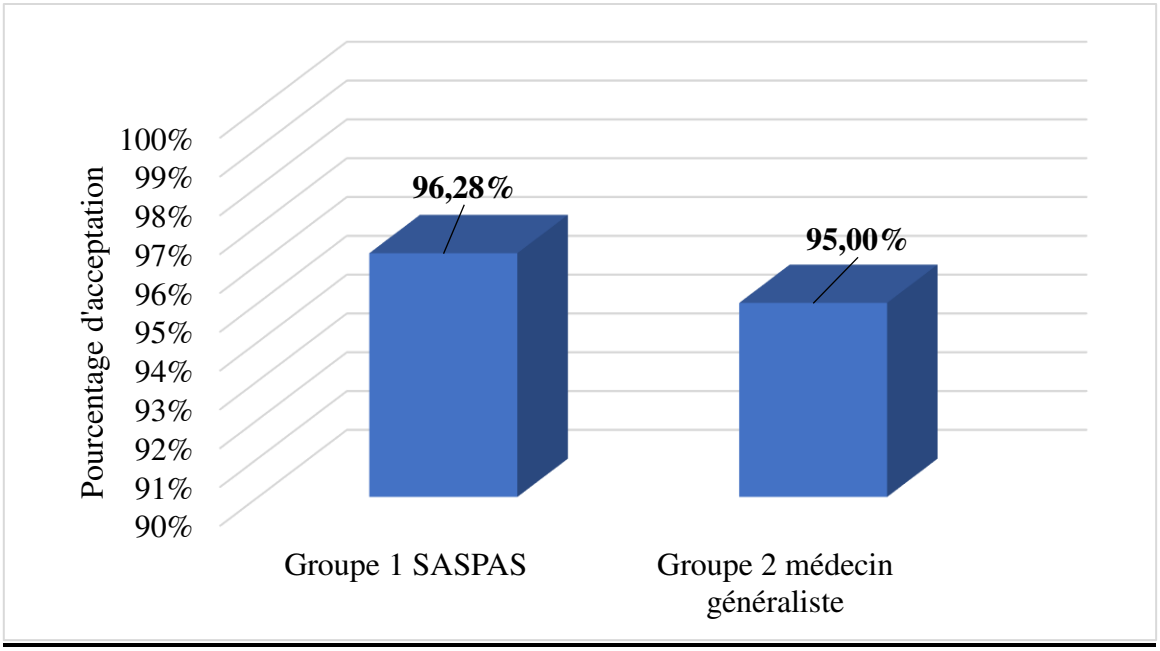


Figure 8 : Taux de réponses par groupe

Le groupe 1 correspondant aux patients ayant consulté un interne en SASPAS présente un taux d'acceptation de 96,28%, soit 3,72% de refus. 7 patients ont décliné.
Le pourcentage d'accord pour répondre au questionnaire dans le groupe 2 regroupant les patients n'ayant jamais consulté d'interne en SASPAS est de 95%, soit 5% de refus. 11 patients ont refusé.

B) Caractéristiques de la population

1) Effectif

L'effectif de l'échantillon total est de 390 patients répartis en 2 groupes (Figure 9).
Le premier groupe correspondant à la patientèle ayant déjà consulté un interne en SASPAS regroupe 181 personnes.
Le second de 209 patients regroupe la patientèle n'ayant jamais consulté un interne en SASPAS.

Figure 9 : Effectif par groupe

2) Milieu d'exercice

19 cabinets ont participé à l'étude, 9 cabinets pour le groupe SASPAS contre 10 cabinets pour le groupe médecin généraliste habituel (Tableau 1). La grande majorité est en milieu rural, 5 dans le groupe SASPAS contre 7 dans le groupe médecin généraliste habituel. L'exercice en milieu urbain est minoritaire, 4 dans le groupe SASPAS et 3 dans le groupe médecin généraliste (Figure 10).

	Ville	**Nombre de Patients interrogés (exploitables)**	**Population/Ville [63]**	**Zone**
Groupe 1 SASPAS				
Cabinet 1 Dr SEGUIN	Taillebourg	20	739	Rural
Cabinet 2 Dr DEZEIX	Saujon	20	7202	Urbain
Cabinet 3 Dr BINET	St Jean d'Angely	20	7106	Urbain
Cabinet 4 Dr BRAVIN	Jarnac Champagne	18	776	Rural
Cabinet 5 Dr RODEAU	Mirambeau	20	1482	Rural
Cabinet 6 Dr NGUYEN	Pons	20	4121	Urbain
Cabinet 7 Dr MARTIAN	St Fort sur Gironde	27	909	Rural
Cabinet 8 Dr BOSSUET	Chevanceaux	20	987	Rural
Cabinet 9 Dr NAU	Gemozac	20	2831	Urbain
Groupe 2 Médecin généraliste				
Cabinet 10 Dr BERGOEND	Tonnay Boutonne	20	1161	Rural
Cabinet 11 Dr BRINON	Aigrefeuille d'Aunis	20	3878	Urbain
Cabinet 12 Dr CVJETIC	Pons	20	4121	Urbain
Cabinet 13 Dr POIROUX	Saint Sauveur d'Aunis	20	1679	Rural
Cabinet 14 Dr ARULNAYAGAM	Saujon	25	7202	Urbain
Cabinet 15 Dr CANTIN	St Jean de Liversay	20	2772	Urbain
Cabinet 16 Dr IBARAGHEN	Gemozac	20	2831	Urbain
Cabinet 17 Dr CHAMBRES	Saujon	20	7202	Urbain

Cabinet 18 Dr CHAMPLON	St Trojan les bains	20	1333	Rural
Cabinet 19 Dr TAVERNIER	La Tremblade	20	4641	Urbain

Tableau 1 : Description des médecins des deux groupes

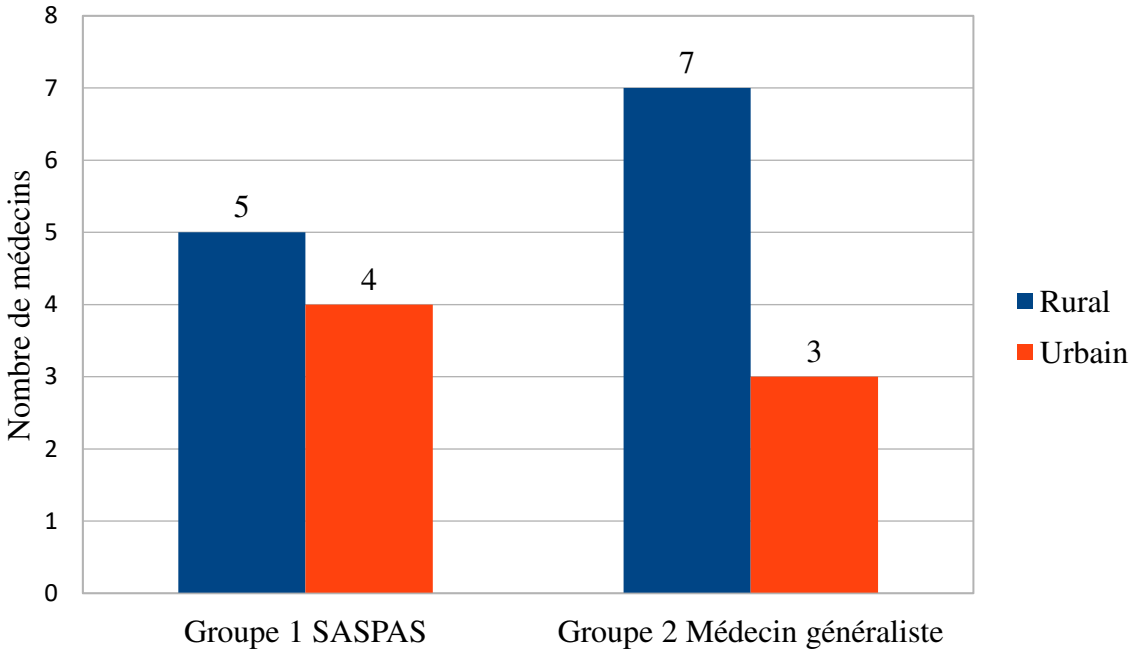


Figure 10 : Effectifs des groupes selon le milieu d'exercice

3) Sexe

a) Des médecins dans les groupes

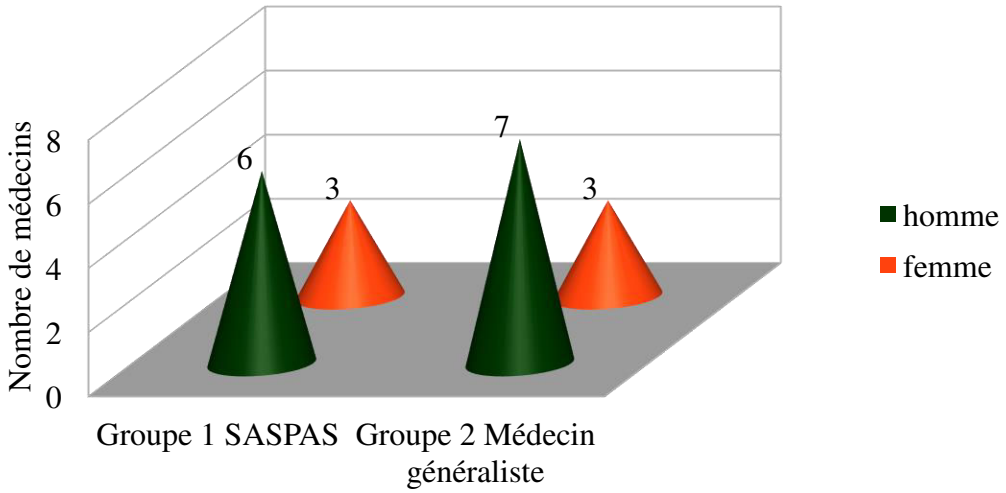


Figure 11 : Effectif des groupes en fonction du sexe des médecins

La majorité des médecins chez qui les patients consultent habituellement sont des hommes. Dans le groupe SASPAS, nous retrouvons 6 hommes pour 3 femmes, alors que dans le groupe médecin généraliste, 7 hommes pour 3 femmes.

b) Des patients

163 hommes et 227 femmes ont été interrogés, représentant respectivement 41,79% et 58,21% de l'échantillon total.
Le groupe SASPAS regroupe 75 hommes (41,44%) pour 106 femmes (58,56%), le groupe médecin généraliste habituel 88 hommes (42,11%) pour 121 femmes (57,89%) (Figure 12).
Dans 12 centres, la proportion de femmes interrogées est plus élevée que celle des hommes, ces derniers étant majoritaires dans 3 centres (Figure 13).

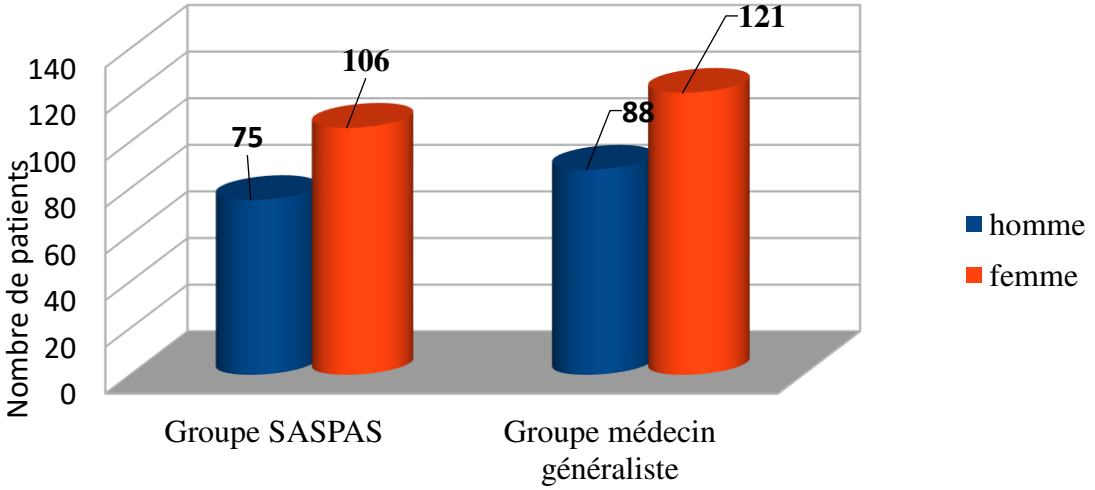


Figure 12 : Effectifs des groupes en fonction du sexe

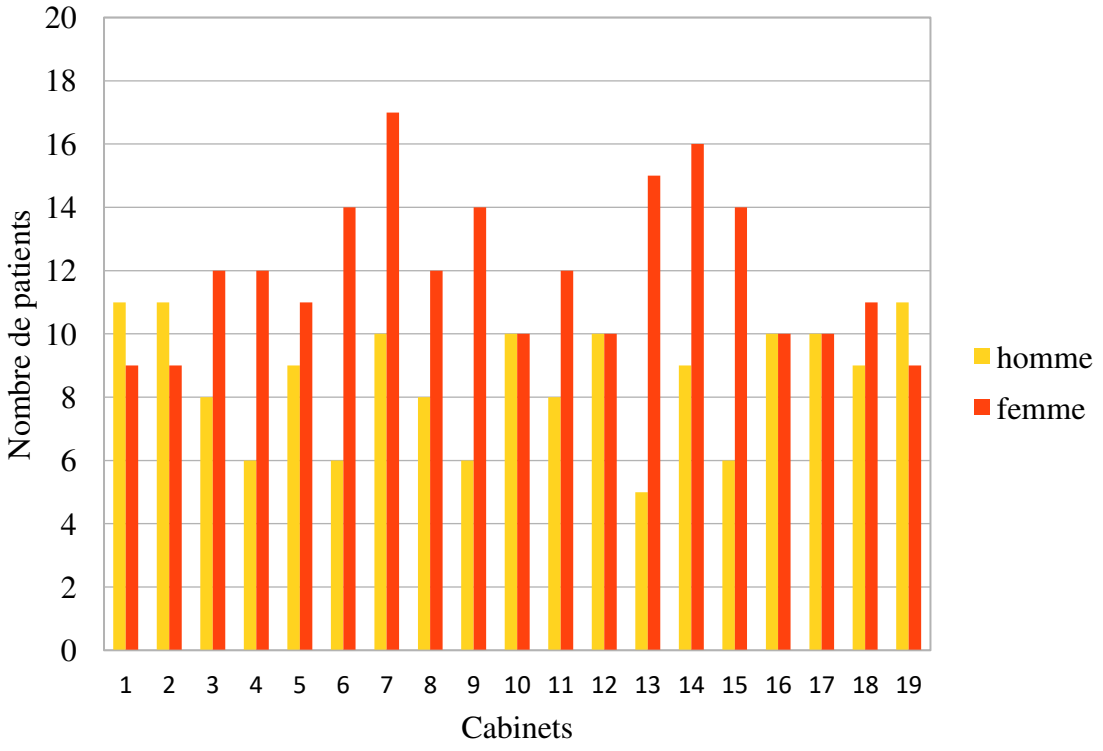


Figure 13 : Effectifs de chaque centre en fonction du sexe

4) Age

	Echantillon total (nombre de personnes)	Groupe SASPAS (nombre de personnes)	Groupe médecin généraliste (nombre de personnes)
0-25 ans	24	9	15
26-45 ans	84	41	43
46-55 ans	71	34	37
56-65ans	87	46	41
> 65 ans	124	51	73

Tableau 2 : Effectif en fonction de l'âge des patients

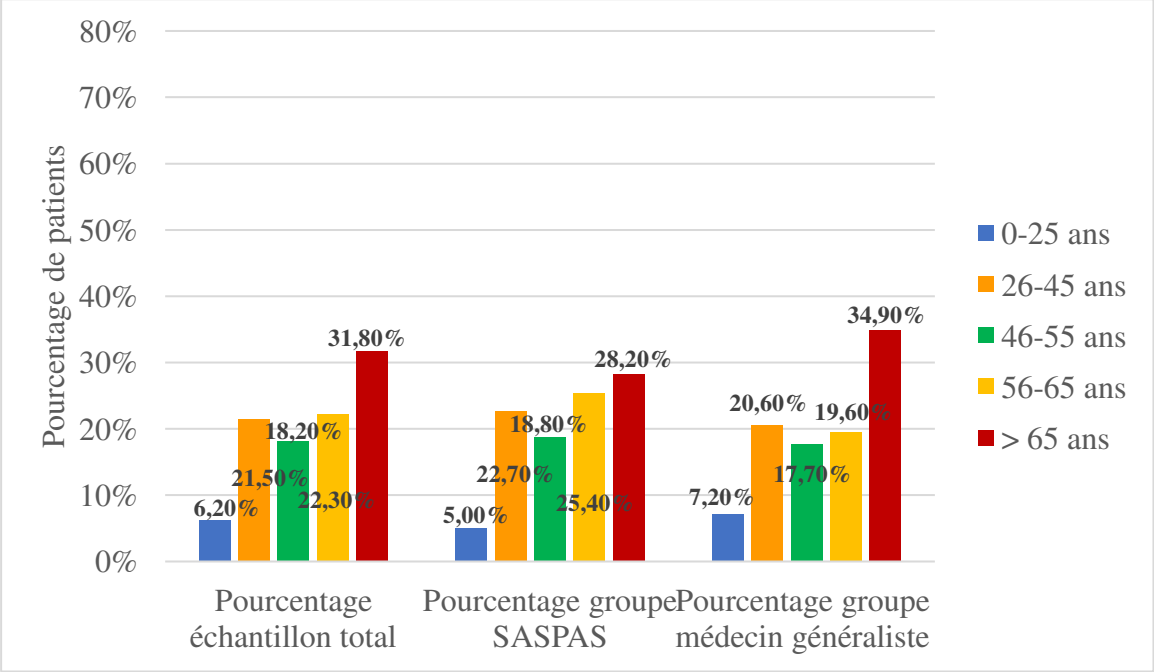


Figure 14 : Pourcentage de patients en fonction de l'âge

La tranche d'âge majoritaire est la population ayant plus de 65ans représentant 28,2% des patients dans le groupe SASPAS et 34,9% dans le groupe médecin généraliste (Figure 14). Dans chaque centre, cette statistique est le plus souvent retrouvée (Figure 15).

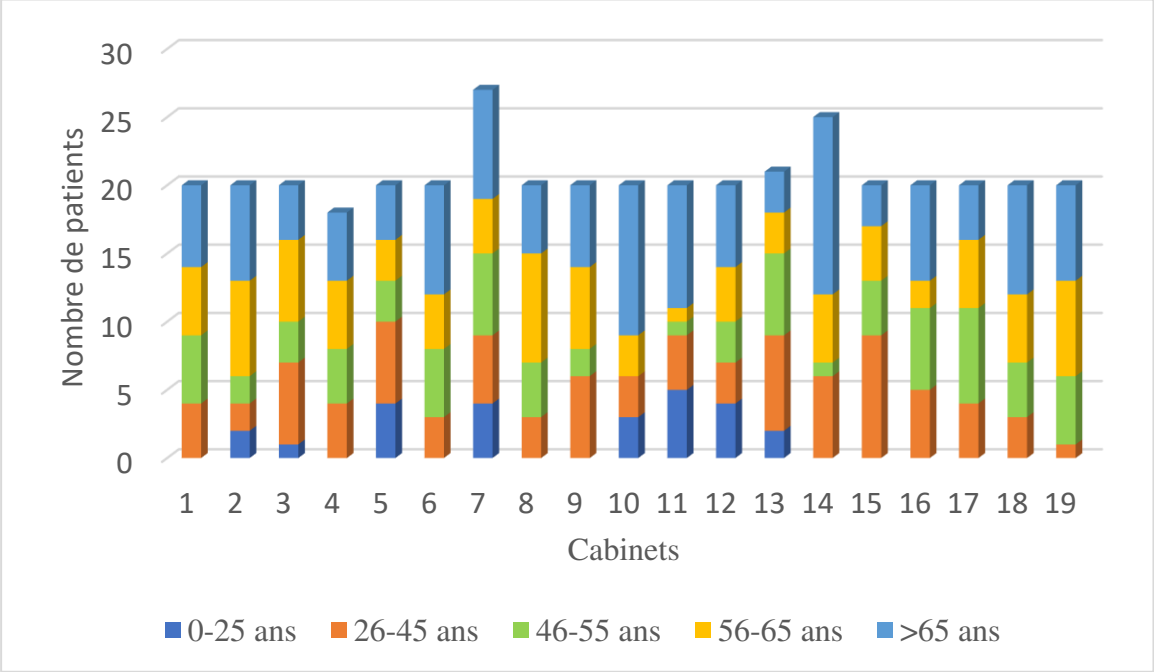


Figure 15 : Effectifs des centres en fonction de la tranche d'âge

C) Comparaison du niveau de satisfaction

Le questionnaire EUROPEP évalue à la fois le niveau de satisfaction envers le médecin ou l'interne en SASPAS, mais également certains aspects du cabinet médical. La satisfaction s'évalue selon une échelle entre 1 (pas du tout satisfait) et 5 (très satisfait).
Ainsi nous retrouvons une analyse selon plusieurs compétences du médecin généraliste [64].

1) Le médecin et l'interne en SASPAS

1-1 Relation- Communication- Approche centrée sur le patient

a) L'impression qu'il a du temps pour vous pendant la consultation (Question 1)

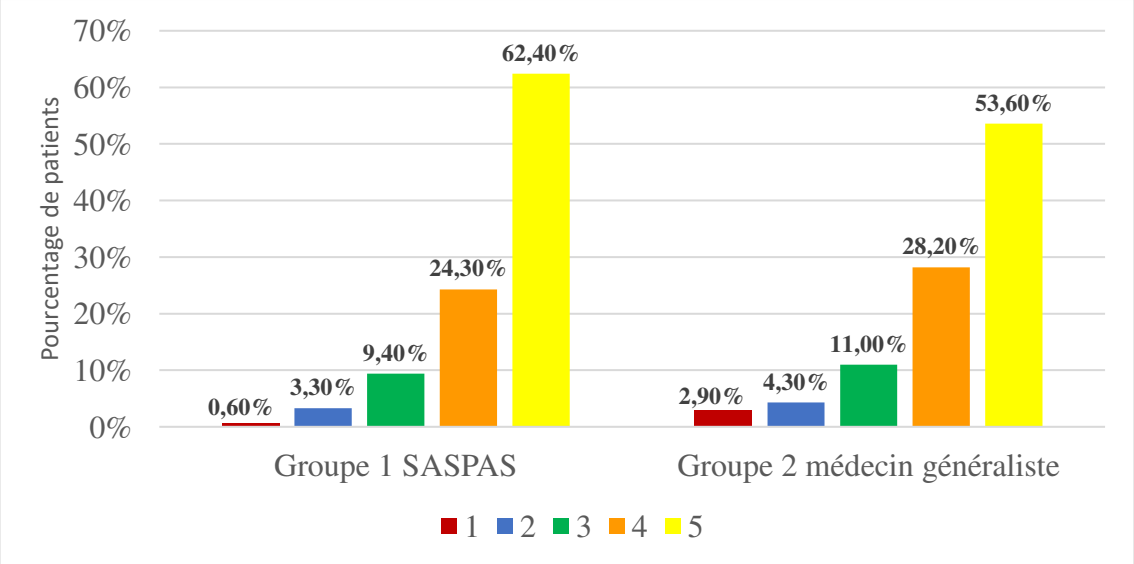


Figure 16 : Impression d'avoir du temps pendant la consultation

Echelle de satisfaction	1	2	3	4	5
Groupe 1 SASPAS	1	6	17	44	113
Groupe 2 médecin généraliste	6	9	23	59	112

Tableau 3 : Effectif des réponses à la Question 1 en fonction des groupes

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre le groupe SASPAS et le groupe médecin généraliste habituel concernant l'impression d'avoir du temps pour le patient pendant la consultation (p=0,28).

b) L'intérêt porté à la situation personnelle (Question 2).

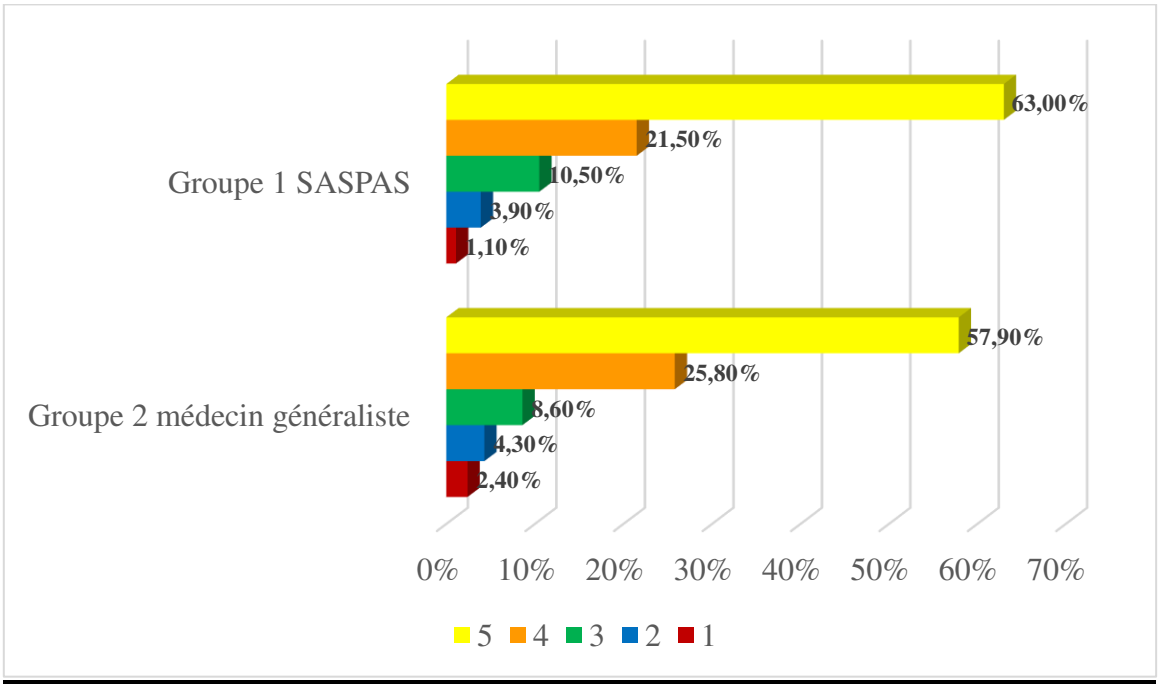


Figure 17 : Intérêt porté à la situation personnelle

Echelle de satisfaction	1	2	3	4	5
Groupe 1 SASPAS	2	7	19	39	114
Groupe 2 médecin généraliste	5	9	18	54	121

Tableau 4 : Effectif des réponses à la Question 2 en fonction des groupes

Les groupe SASPAS et médecin généraliste habituel ne présentent pas de différence significative concernant l'intérêt porté à la situation personnelle (p=0,67).

c) Le sentiment d'être mis à l'aise pour lui expliquer vos problèmes (Question 3).

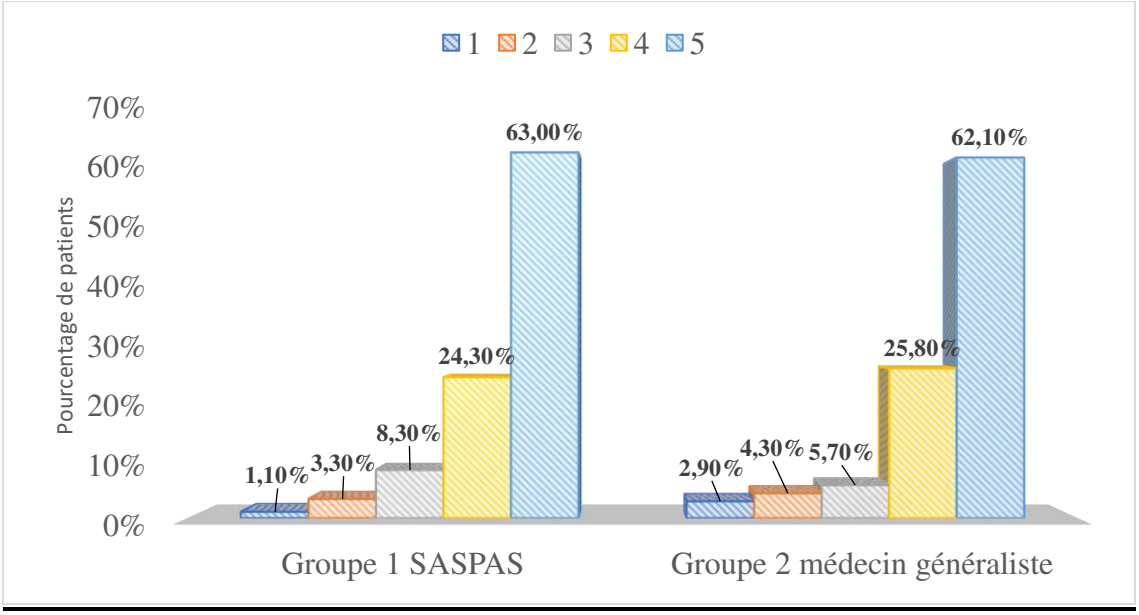


Figure 18 : Sentiment d'être mis à l'aise pour expliquer les problèmes

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	6	15	44	114
Groupe 2 médecin généraliste	6	9	12	54	128

Tableau 5 : Effectif des réponses à la Question 3 en fonction des groupes

Concernant le sentiment d'être mis à l'aise pour expliquer les problèmes, il n'est pas retrouvé de différence significative entre le groupe SASPAS et le groupe médecin généraliste habituel (p=0,62).

d) Sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins (Question 4)

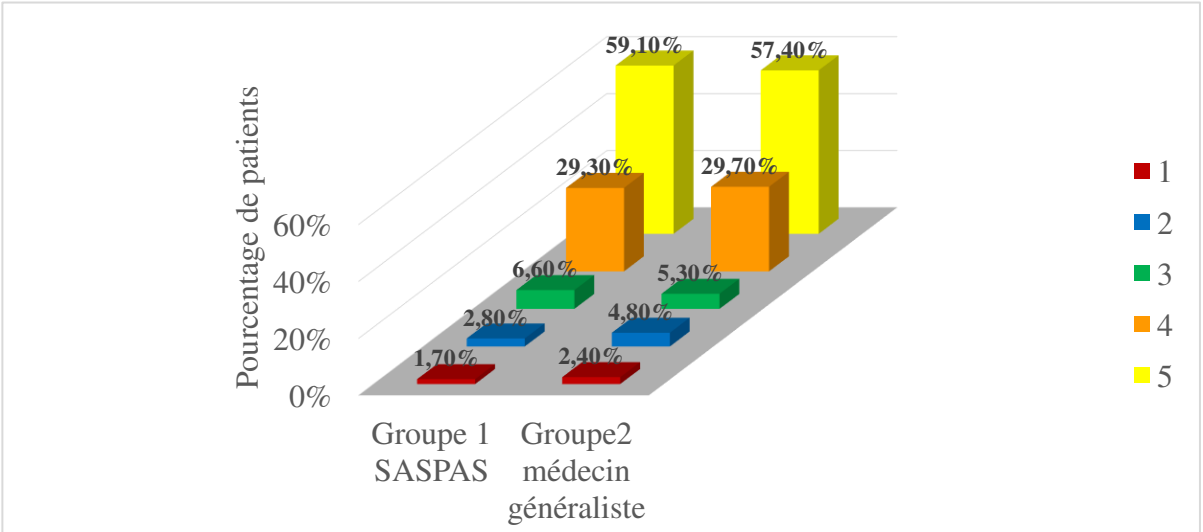


Figure 19 : Capacité à impliquer le patient dans les décisions concernant les soins

Echelle de satisfaction	1	2	3	4	5
Groupe 1 SASPAS	3	5	12	53	107
Groupe 2 médecin généraliste	5	10	11	62	120

Tableau 6 : Effectif des réponses à la Question 4 en fonction des groupes

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le sentiment d'être impliqué dans les décisions concernant les soins (p=0,82).

e) Sa capacité à vous écouter (Question 5)

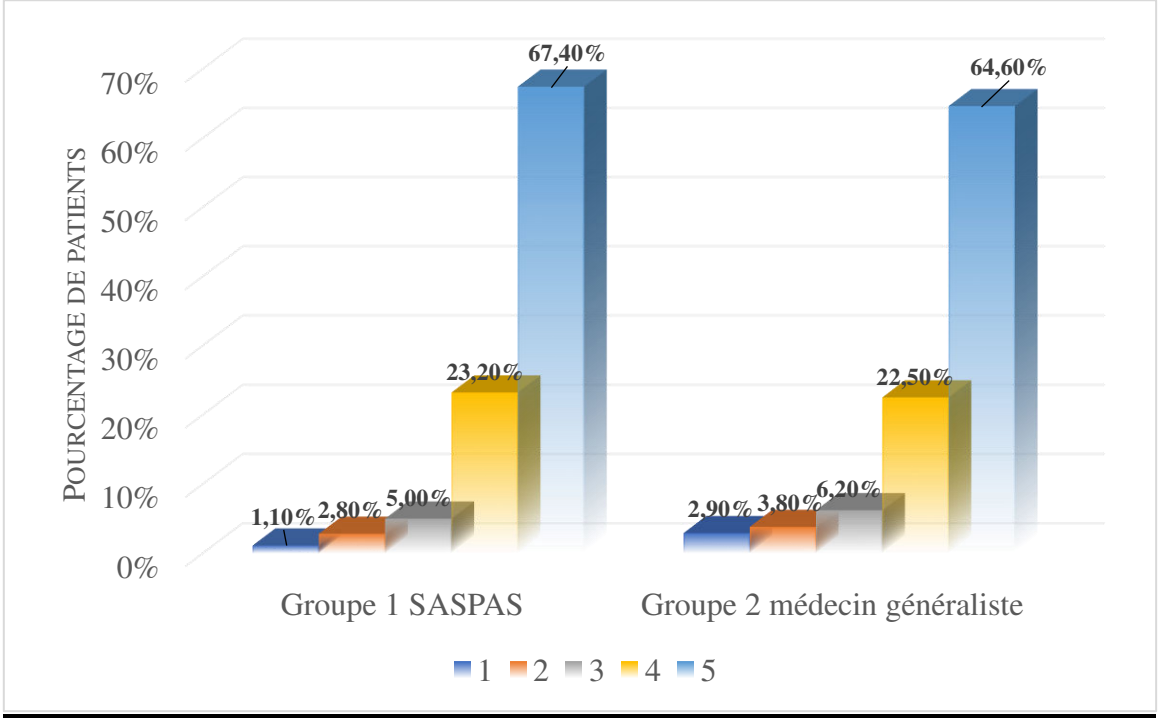


Figure 20 : Capacité à écouter le patient

Echelle de satisfaction	1	2	3	4	5
Groupe 1 SASPAS	2	5	9	42	122
Groupe 2 médecin généraliste	6	8	13	47	135

Tableau 7 : Effectif des réponses à la Question 5 en fonction des groupes

Il n'existe pas de différence significative concernant la capacité à écouter le patient entre le groupe SASPAS et le groupe médecin généraliste habituel (p=0,73).

f) Les explications de l'intérêt des tests et traitements (Question 12)

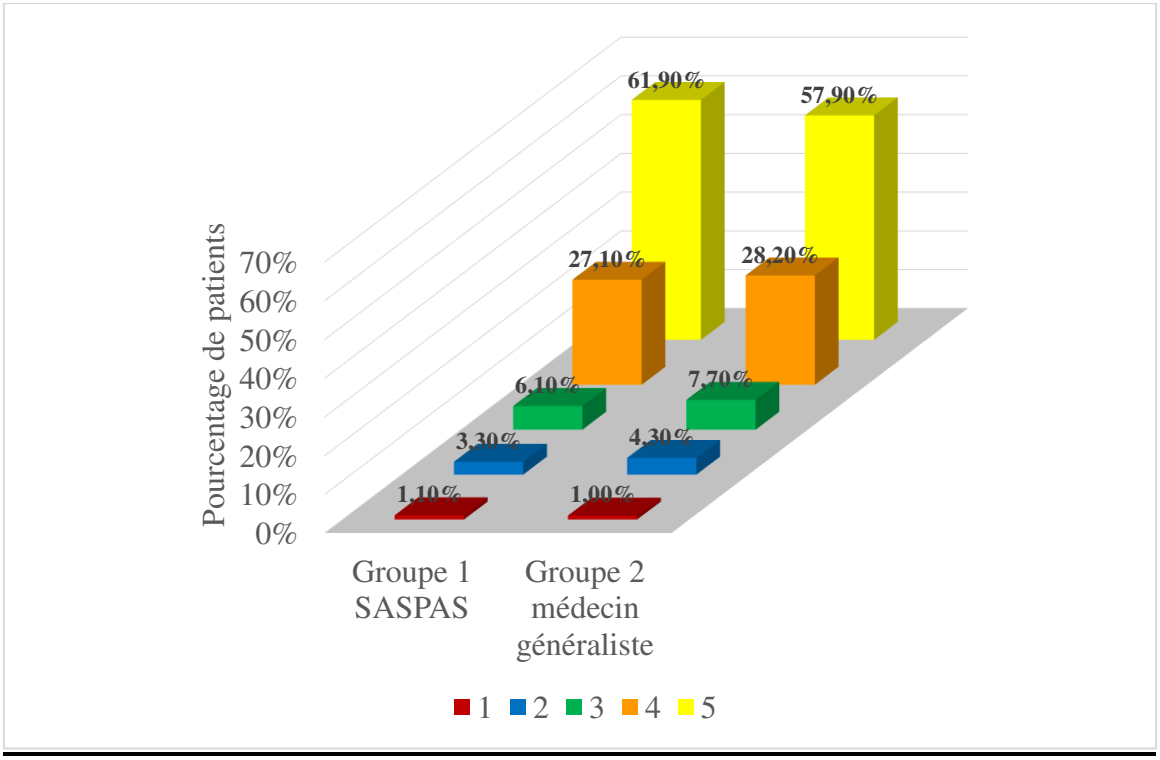


Figure 21 : Explications de l'intérêt des tests et traitements

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	6	11	49	112
Groupe 2 médecin généraliste	2	9	16	59	121

Tableau 8 : Effectif des réponses à la Question 12 en fonction des groupes

Il n'est pas objectivé de différence significative entre les deux groupes concernant les explications données de l'intérêt des tests et traitements (p=0,93).

g) Les explications sur vos symptômes et/ou vos maladies (Question 13)

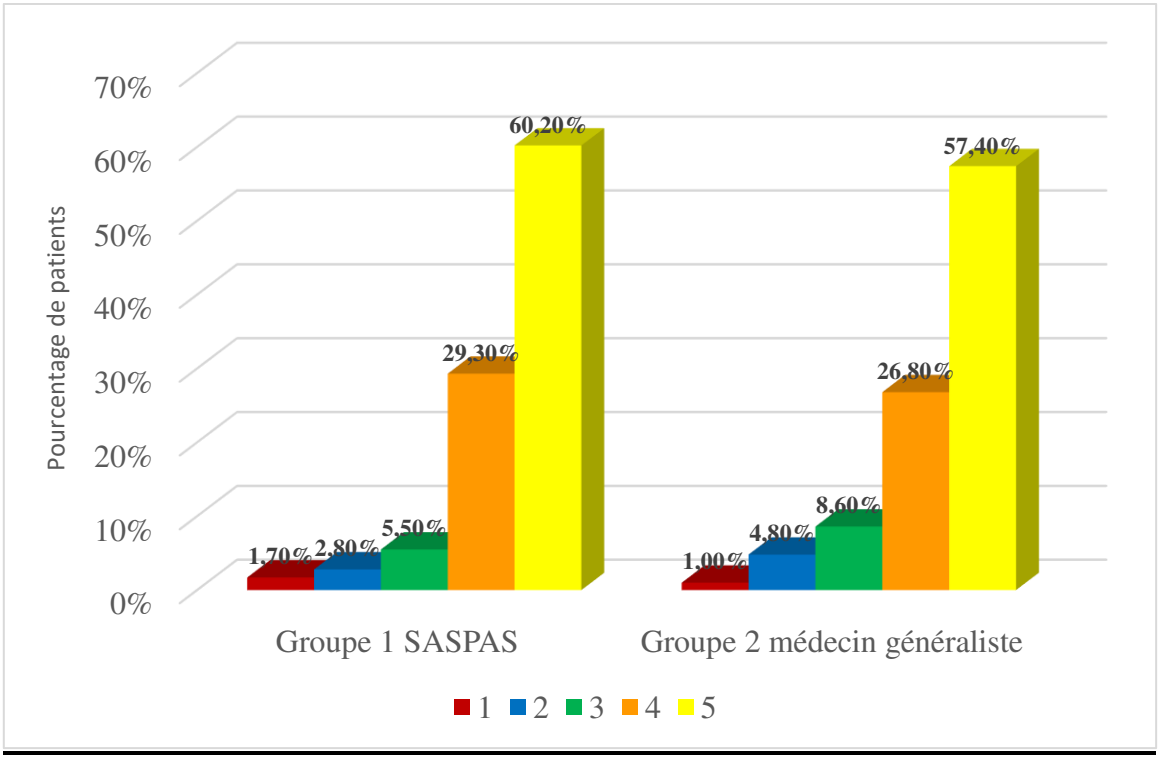


Figure 22 : Explications sur les symptômes et maladies

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	5	10	53	109
Groupe 2 médecin généraliste	2	10	18	56	120

Tableau 9 : Effectif des réponses à la Question 13 en fonction des groupes

Concernant les explications données sur les symptômes et maladies, il n'existe pas de différence significative entre le groupe SASPAS et le groupe médecin généraliste habituel (p= 0,56).

h) L'aide à faire face à des problèmes émotionnels liés à votre état de santé (Question 14)

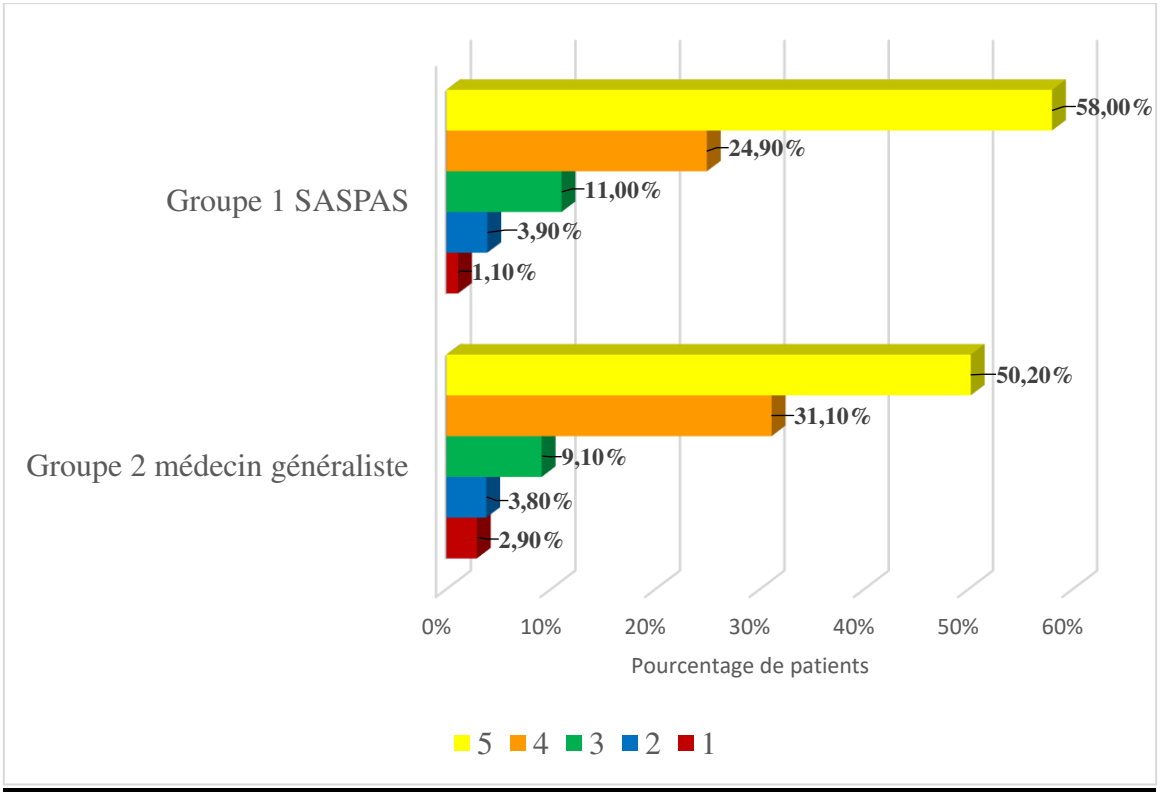


Figure 23 : Aide à faire face aux problèmes émotionnels liés à l'état de santé

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	7	20	45	105
Groupe 2 médecin généraliste	6	8	19	65	105

Tableau 10 : Effectif des réponses à la Question 14 en fonction des groupes

La question 14 concernant l'aide à faire face aux problèmes émotionnels montre qu'il n'y a pas de différence significative entre deux groupes (p=0,38).

i) Les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés (Question 15)

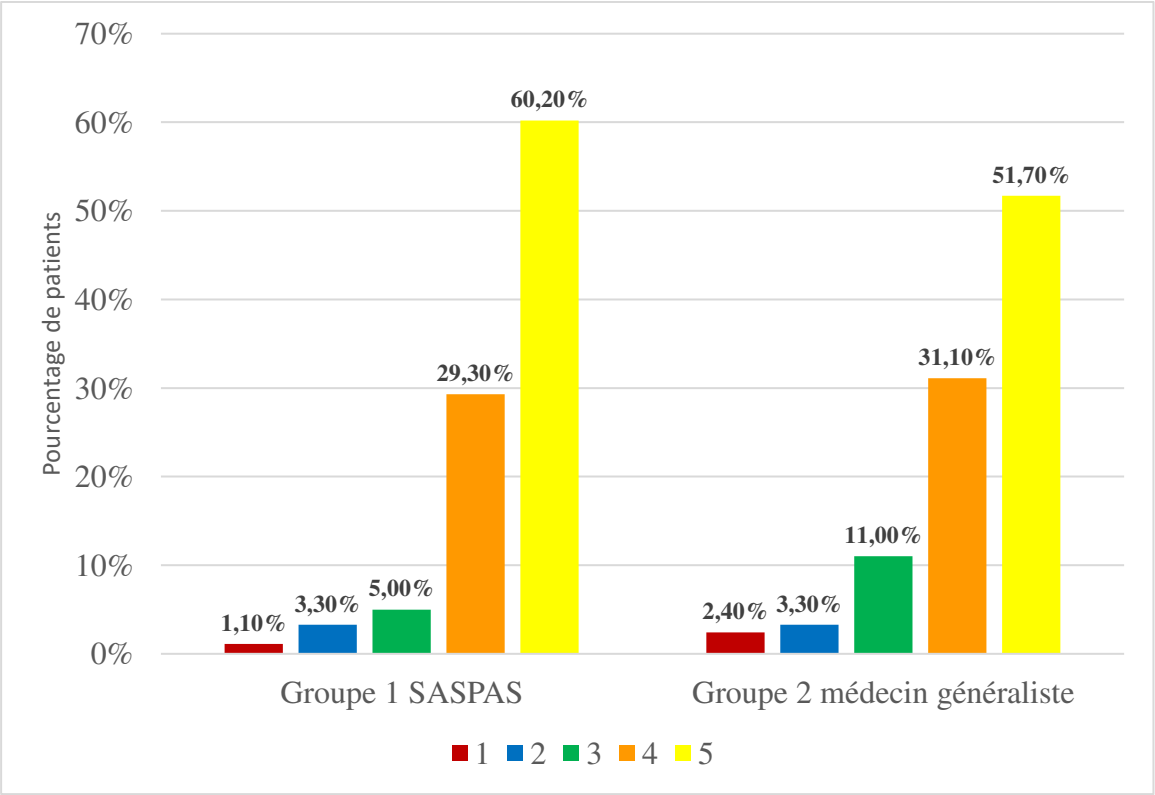


Figure 24 : Explications afin de comprendre l'importance des conseils donnés

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	6	9	53	109
Groupe 2 médecin généraliste	5	7	23	65	108

Tableau 11 : Effectif des réponses à la Question 15 en fonction des groupes

En comparant les deux groupes, il n'est pas observé de différence significative concernant les explications données pour comprendre l'importance des conseils données (p= 0,16).

j) La possibilité de contacter le médecin par téléphone (Question 21)

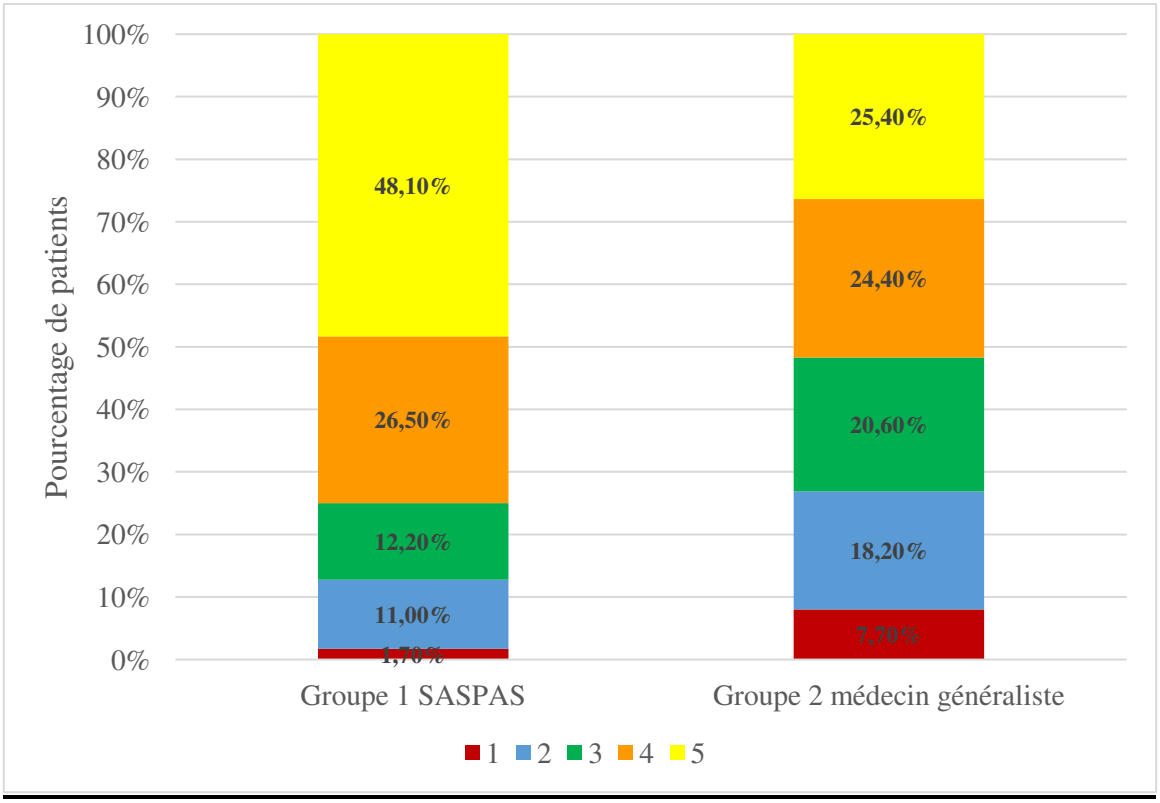


Figure 25 : Possibilité de contacter le médecin par téléphone

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	20	22	48	87
Groupe 2 médecin généraliste	16	38	43	51	53

Tableau 12 : Effectif des réponses à la Question 21 en fonction des groupes

Lorsque l'on compare les deux groupes concernant la possibilité de joindre le médecin par téléphone, il existe une différence (p= 7,4E-6).

1-2 Premiers recours, Urgences

a) Le soulagement rapide de vos symptômes (Question 7)

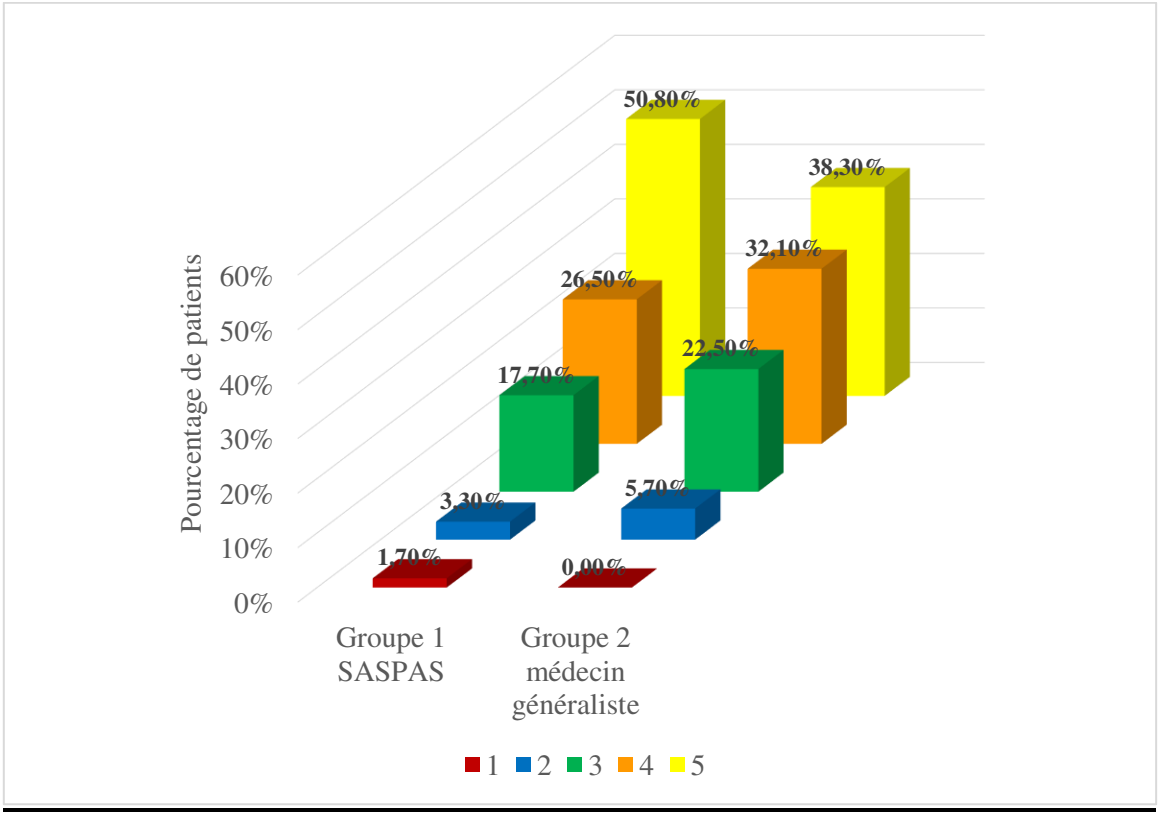


Figure 26 : Soulagement rapide des symptômes

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	6	32	48	92
Groupe 2 médecin généraliste	0	12	47	67	80

Tableau 13 : Effectif des réponses à la Question 7 en fonction des groupes

Concernant le soulagement rapide des symptômes, il apparaît une différence entre le groupe SASPAS et le groupe médecin généraliste (p=0,035). 50,8% des patients sont très satisfaits dans le groupe SASPAS contre 38,3 % dans le groupe médecin généraliste.

b) L'examen clinique (Question 9)

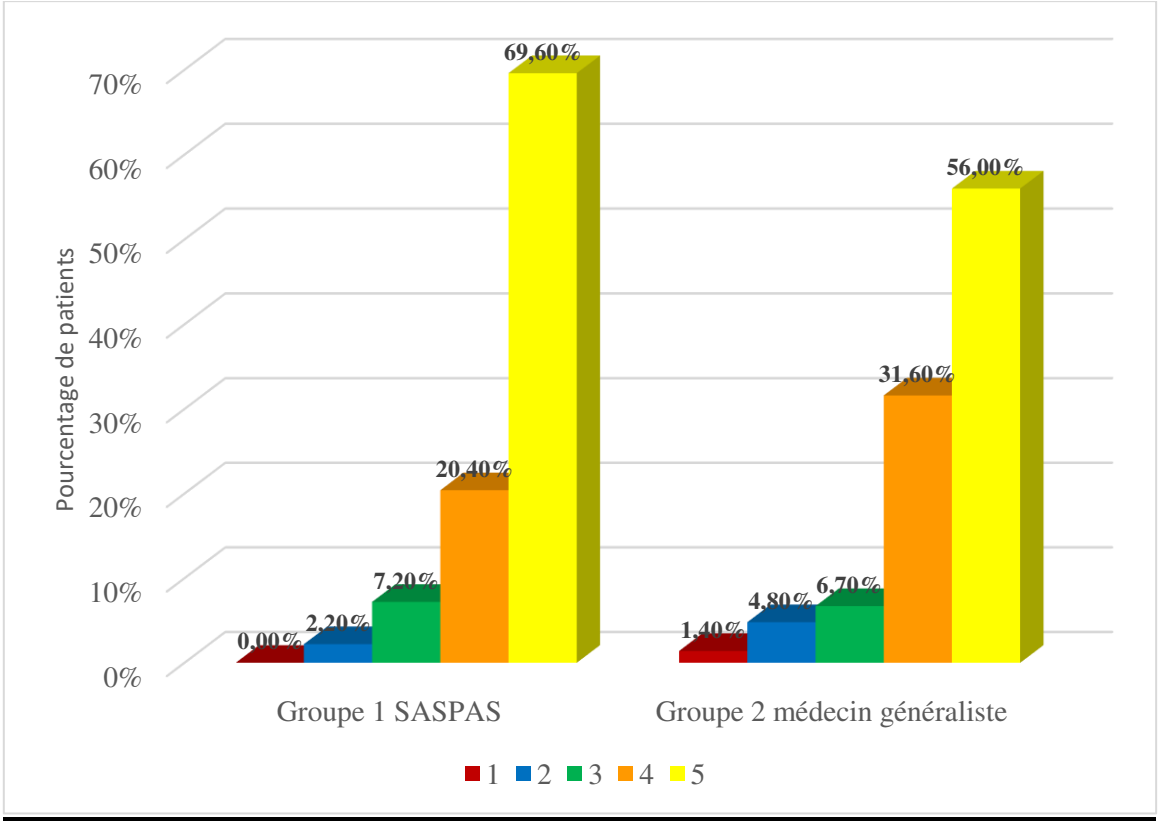


Figure 27 : Examen clinique

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	0	4	13	37	126
Groupe 2 médecin généraliste	3	10	14	66	117

Tableau 14 : Effectif des réponses à la Question 9 en fonction des groupes

En comparant les deux groupes sur l'examen clinique réalisé il apparaît qu'il existe une différence (p=0,016). 69,6% des patients sont très satisfaits par l'interne en SASPAS contre 56% pour le médecin généraliste.

c) La rigueur (Question 10)

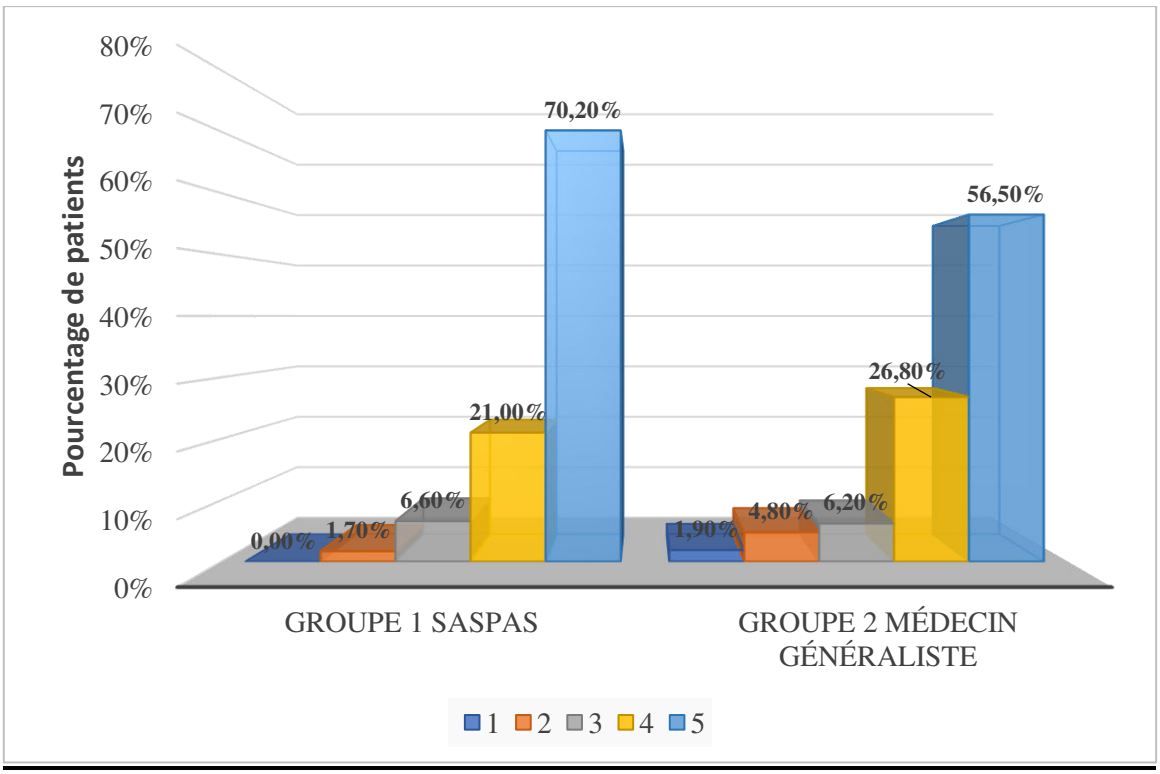


Figure 28 : La rigueur

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	0	3	12	38	127
Groupe 2 médecin généraliste	4	10	13	56	118

Tableau 15 : Effectif des réponses à la Question 10 en fonction des groupes

70,2 % des patients sont très satisfaits de la rigueur de l'interne en SASPAS, contre 56,5 % pour le médecin généraliste. Ainsi il existe une différence entre les deux groupes (p=0,031).

d) La durée d'attente en salle d'attente (Question 22)

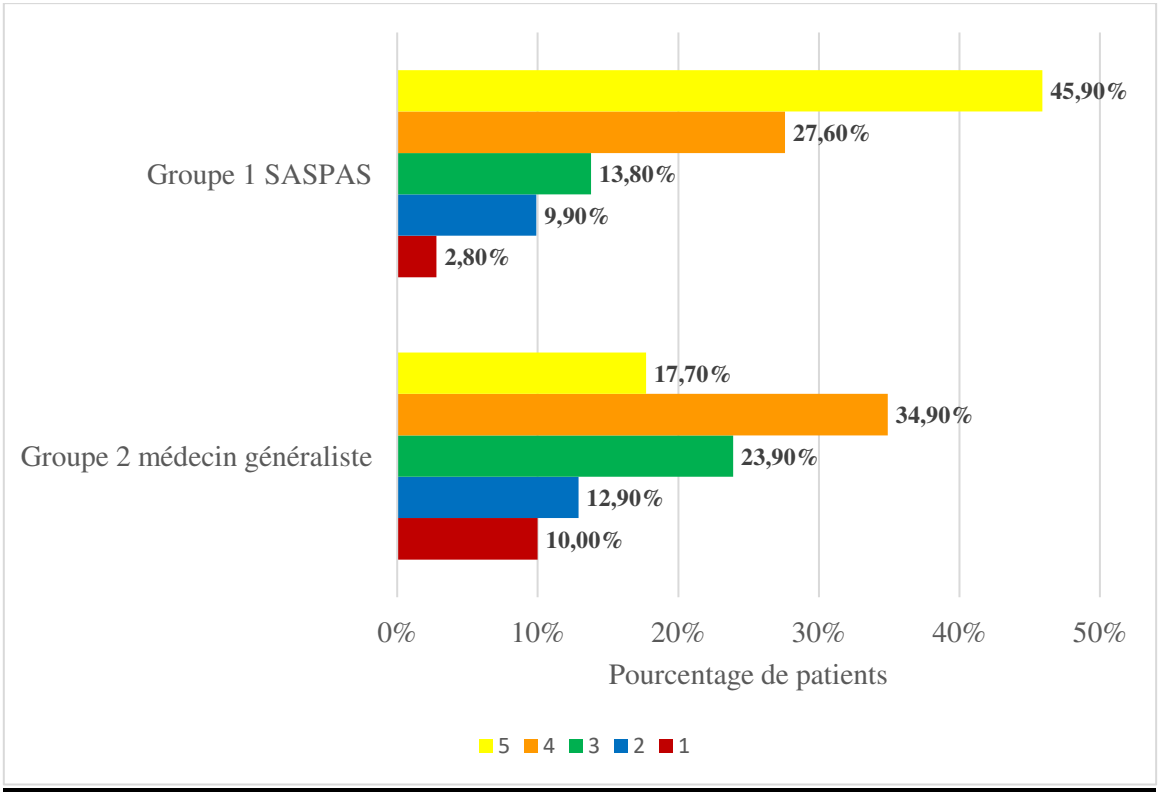


Figure 29 : Durée en salle d'attente

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	5	18	25	50	83
Groupe 2 médecin généraliste	21	27	50	73	37

Tableau 16 : Effectif des réponses à la Question 22 en fonction des groupes

Il existe une différence entre les deux groupes concernant la durée en salle d'attente (p=3,9 E-8).
17,7% des patients s'estiment très satisfaits de l'attente avec le médecin généraliste contre 45,9% avec l'interne en SASPAS.

e) L'aide rapide pour des problèmes de santé urgents (Question 23)

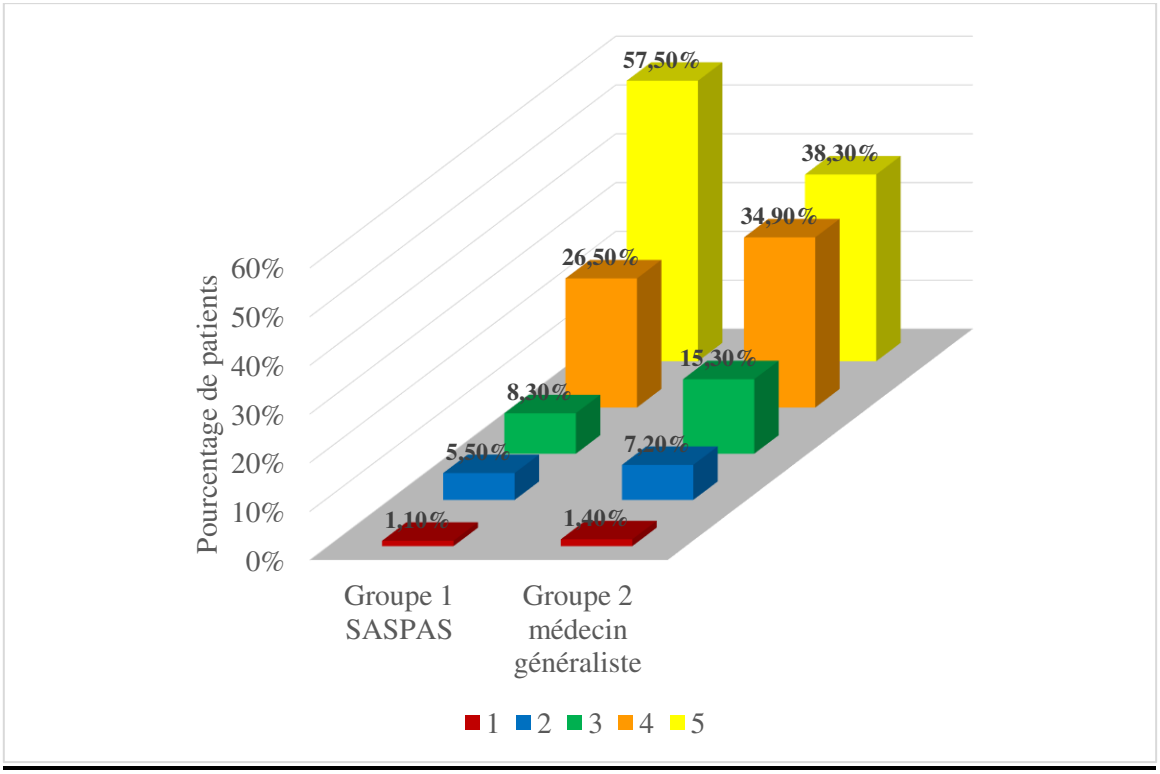


Figure 30 : Aide rapide pour des problèmes de santé urgents

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	10	15	48	104
Groupe 2 médecin généraliste	3	15	32	73	80

Tableau 17 : Effectif des réponses à la Question 23 en fonction des groupes

Concernant l'aide rapide pour des problèmes de santé urgents, nous observons une différence entre les deux groupes (p=0,00501). Dans le groupe SASPAS, 57,5% des patients sont très satisfaits, alors qu'ils sont 38,3% à l'être dans le groupe médecin généraliste.

1-3 Continuité, Suivi, Coordination des soins

a) L'accompagnement vous permettant de continuer votre quotidien normalement (Question 8)

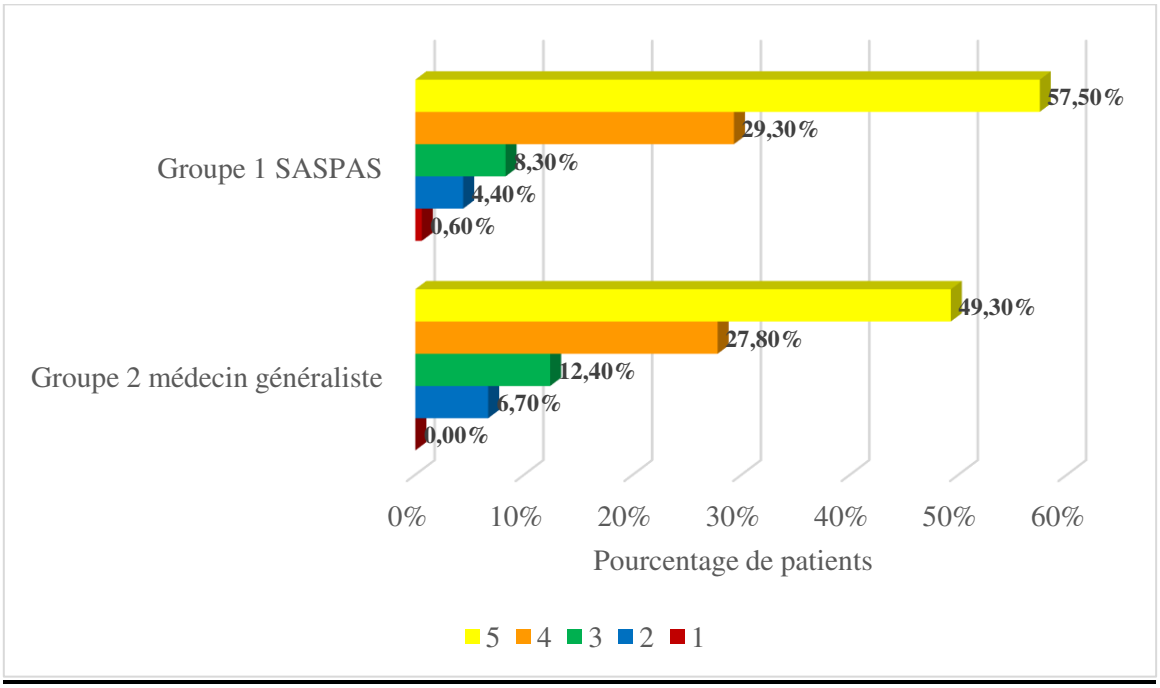


Figure 31 : Accompagnement permettant de continuer le quotidien normalement

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	1	8	15	53	104
Groupe 2 médecin généraliste	0	14	26	58	103

Tableau 18 : Effectif des réponses à la Question 8 en fonction des groupes

Concernant l'accompagnement permettant de continuer le quotidien normalement, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,3).

b) Le souvenir de ce qu'il vous a dit lors des consultations précédentes (Question 16)

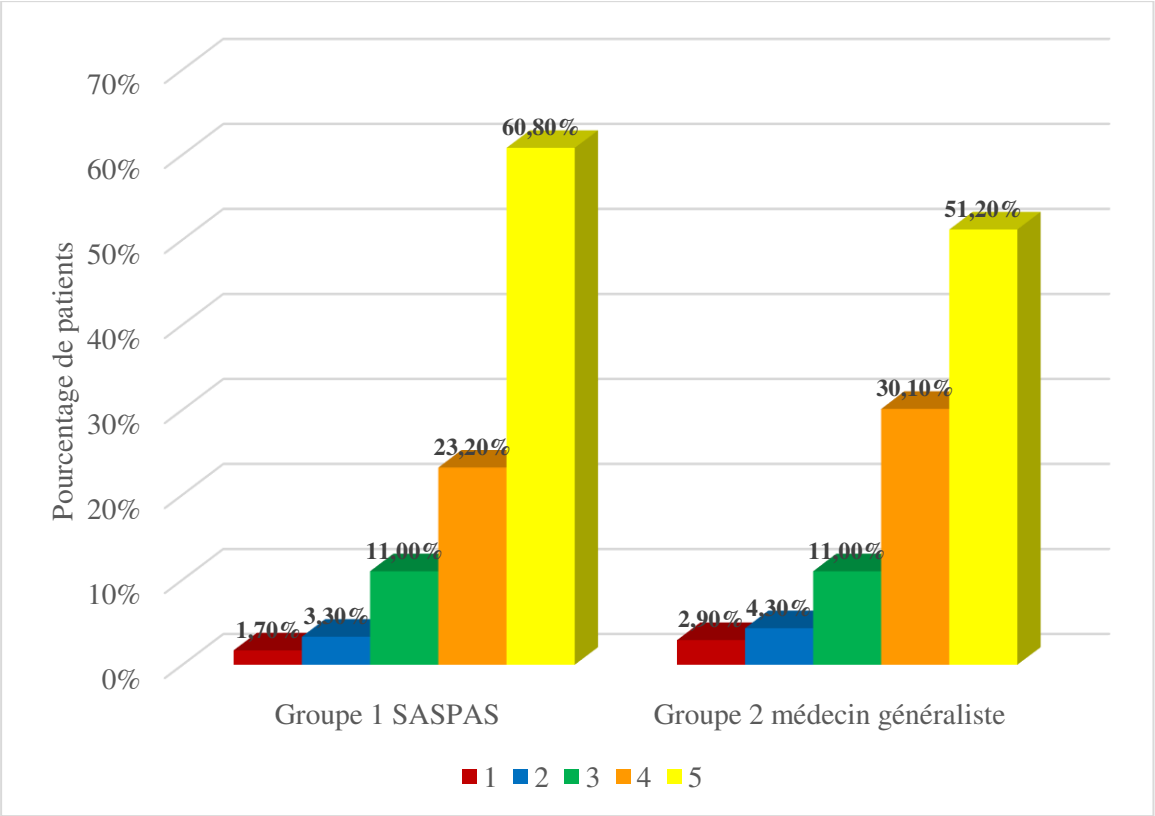


Figure 32 : Souvenir de ce qui a été dit lors des consultations précédentes

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	6	20	42	110
Groupe 2 médecin généraliste	6	9	23	63	107

Tableau 19 : Effectif des réponses à la Question 16 en fonction des groupes

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant le souvenir de ce qui a été dit lors des consultations précédentes (p=0,38).

c) La préparation sur ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou soins hospitaliers (Question 17)

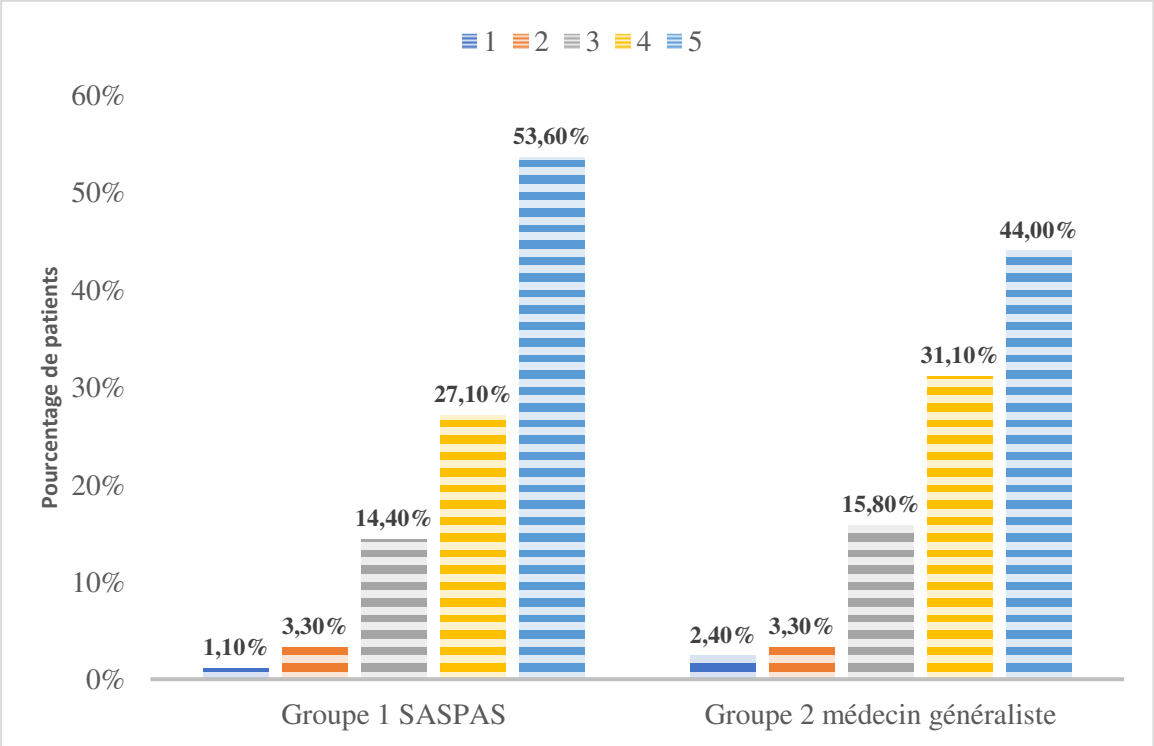


Figure 33 : Préparation de ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou de soins hospitaliers

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	6	26	49	97
Groupe 2 médecin généraliste	5	7	33	65	92

Tableau 20 : Effectif des réponses à la Question 17 en fonction des groupes

Il n'est pas objectivé de différence significative entre les deux groupes concernant la préparation de ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou de soins hospitaliers (p=0,52).

1-4 Education, Dépistage, Prévention, Santé individuelle et collective

Les informations de prévention (dépistages, bilan de santé, vaccins) (Question 11)

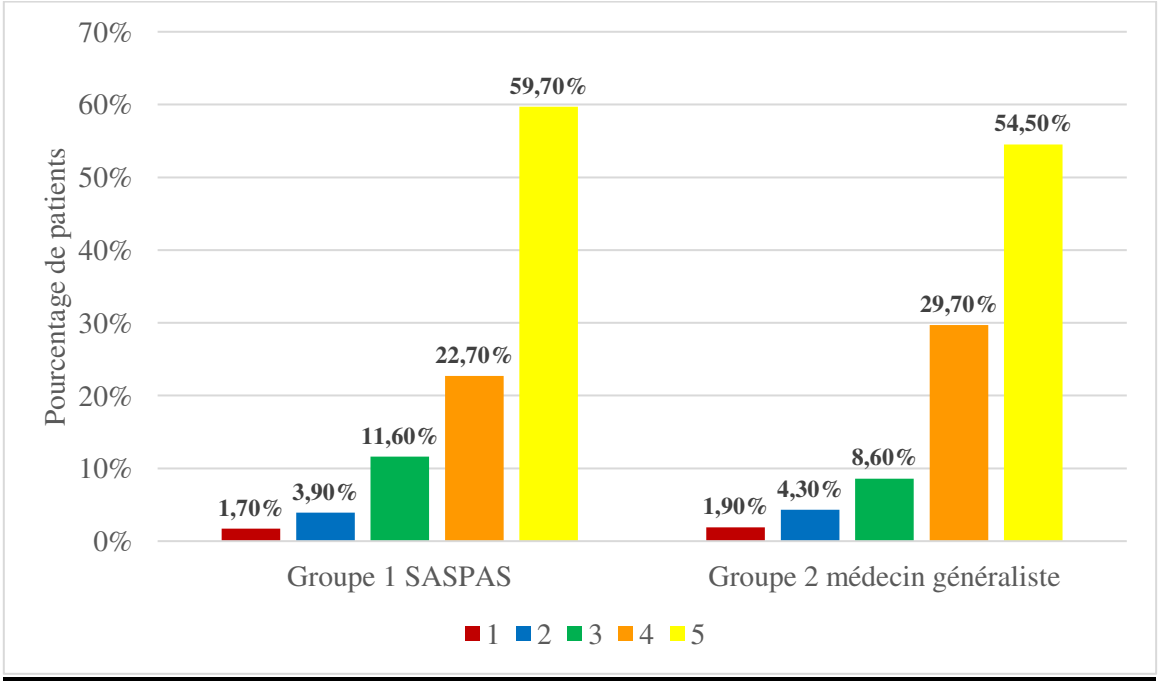


Figure 34 : Les informations de prévention

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	7	21	41	108
Groupe 2 médecin généraliste	4	9	18	62	114

Tableau 21 : Effectif des réponses à la Question 11 en fonction des groupes

Il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes concernant les informations de prévention (p=0,52).

1-5 Professionnalisme

La confidentialité de votre dossier médical et données personnelles (Question 6)

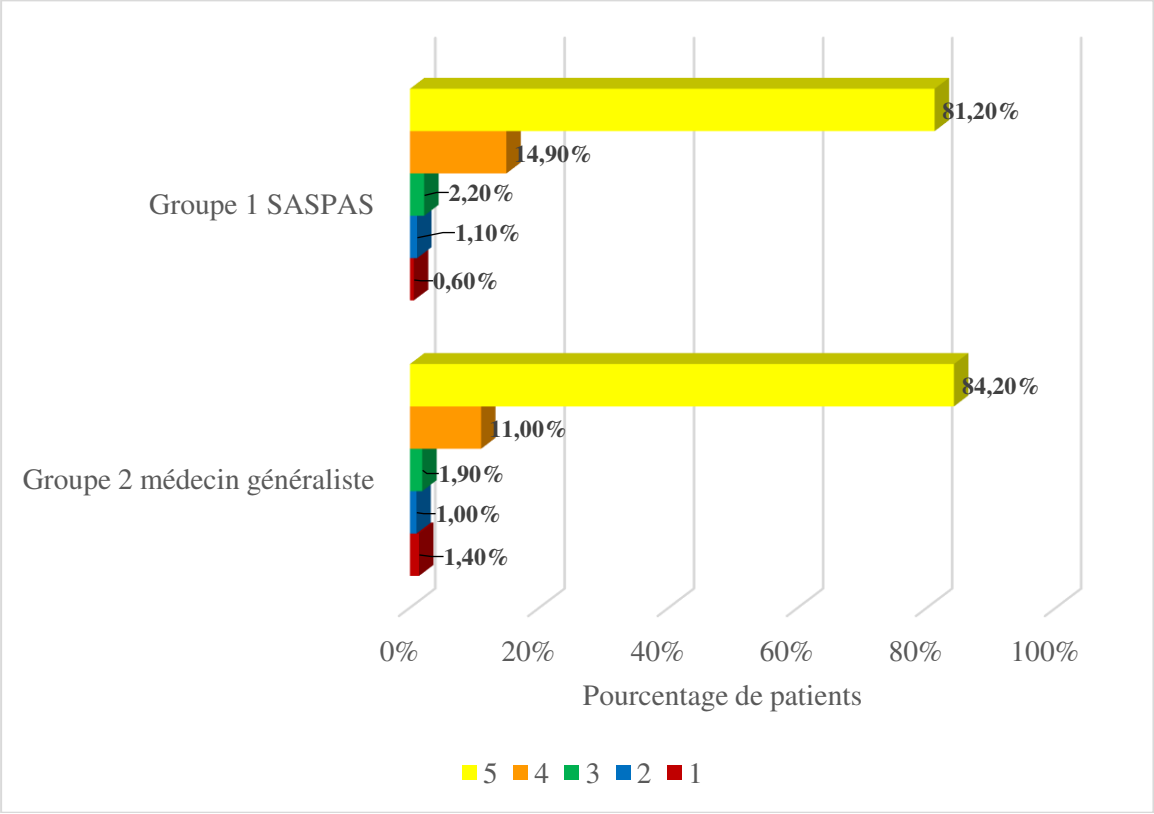


Figure 35 : Confidentialité du dossier médical et données personnelles

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	1	2	4	27	147
Groupe 2 médecin généraliste	3	2	4	23	176

Tableau 22 : Effectif des réponses à la Question 6 en fonction des groupes

Concernant la confidentialité du dossier médical et des données personnelles, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,74).

2) Le cabinet médical

2-1 L'amabilité du personnel du cabinet médical (autre que les médecins) (Question 18)

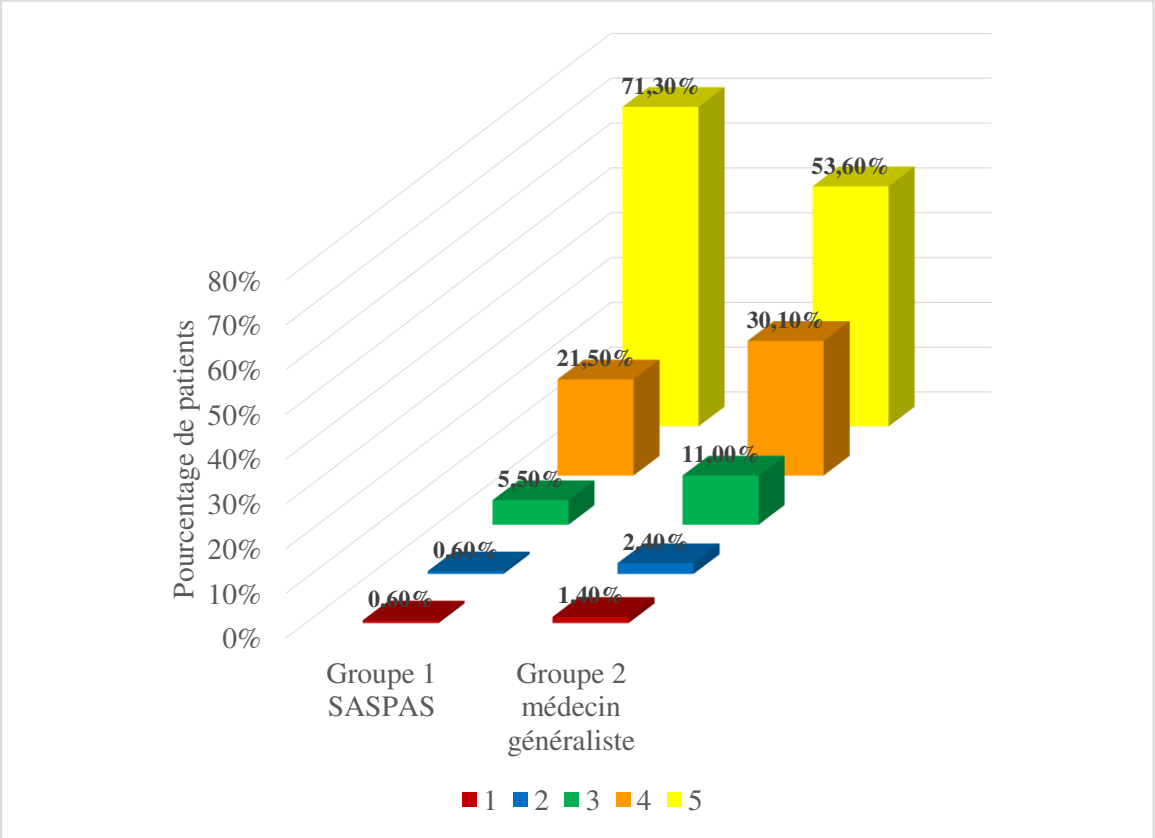


Figure 36 : Amabilité du personnel du cabinet médical, hors médecins

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	1	1	10	39	129
Groupe 2 médecin généraliste	3	5	23	63	112

Tableau 23 : Effectif des réponses à la Question 18 en fonction des groupes

Concernant l'amabilité du cabinet médical, il existe une différence entre les deux groupes (p=0,005). 71,3% des patients du groupe SASPAS sont très satisfaits, contre 53,6% dans le groupe médecin généraliste habituel.

2-2 La possibilité d'obtenir un rendez-vous à un moment qui vous convient (Question 19)

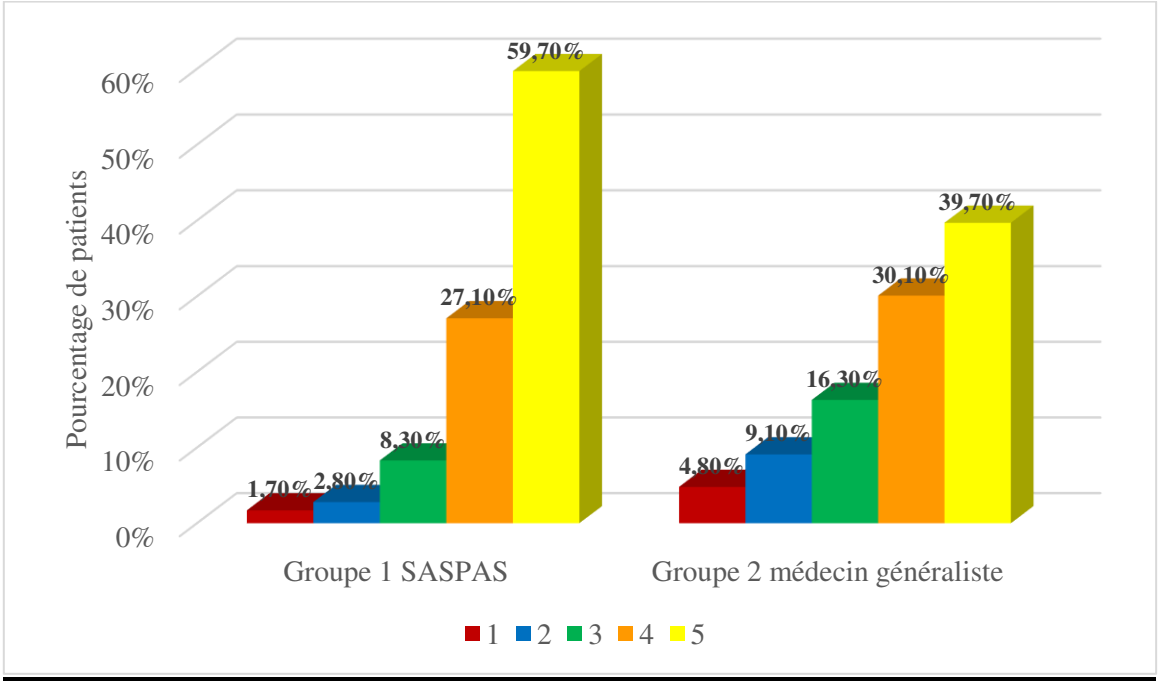


Figure 37 : Possibilité d'obtenir un rendez-vous à un moment qui convient

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	3	5	15	49	108
Groupe 2 médecin généraliste	10	19	34	63	83

Tableau 24 : Effectif des réponses à la Question 19 en fonction des groupes

59,7% des patients sont très satisfaits dans le groupe SASPAS contre 39,7% dans le groupe médecin généraliste habituel. Il existe une différence entre les deux groupes concernant la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui convient (p=0,00014).

2-3 La possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone (Question 20)

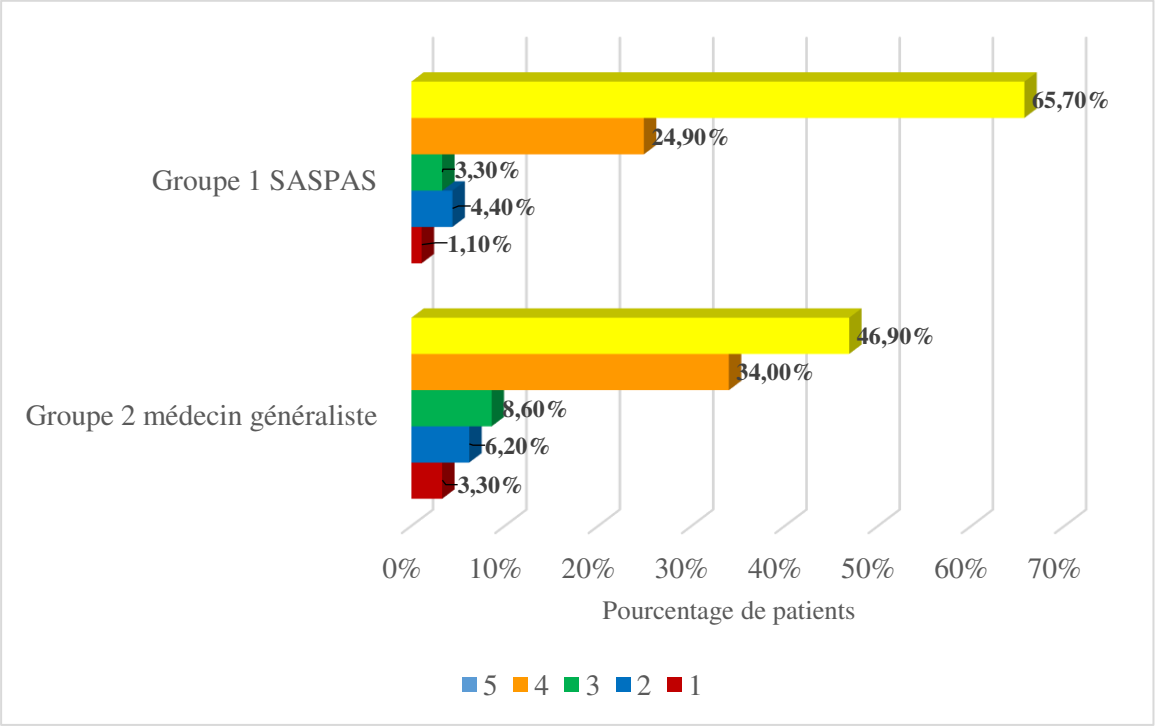


Figure 38 : Possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone

Echelle de satisfaction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Groupe 1 SASPAS	2	8	6	45	119
Groupe 2 médecin généraliste	7	13	18	71	98

Tableau 25 : Effectif des réponses à la Question 20 en fonction des groupes

Il existe une différence entre les deux groupes dans la possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone (p=0,0027).
65,7% des patients dans le groupe SASPAS sont très satisfaits contre 46,9% dans le groupe médecin généraliste habituel.

3) Comparaison globale

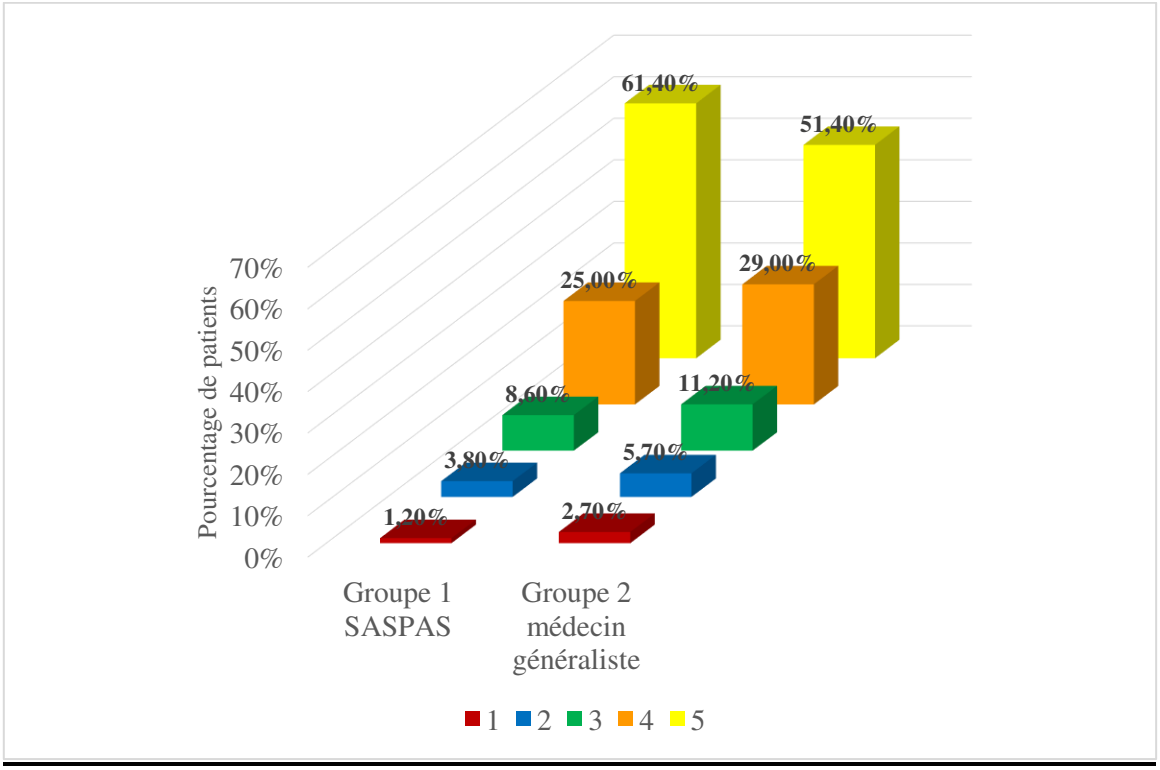


Figure 39 : Pourcentage de satisfaction en fonction des groupes

En comparant le taux global de satisfaction entre les deux groupes, nous observons une différence (p=8,6 E-23).

D) Evaluation des connaissances du patient concernant le statut de l'interne en SASPAS

1) Le statut de l'interne

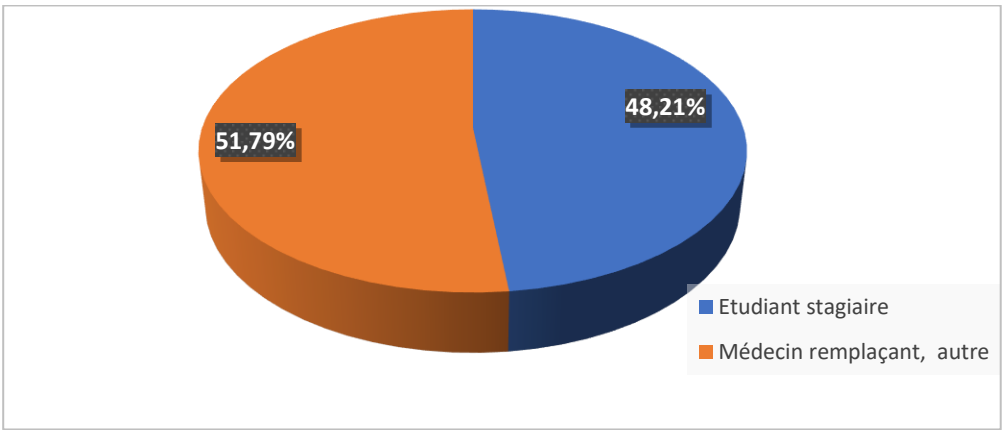


Figure 40 : Répartition des réponses concernant le statut de l'interne en SASPAS dans l'échantillon total

188 patients sur 390 ont connaissance du véritable statut de l'interne en SASPAS (étudiant stagiaire), soit moins de la moitié de l'échantillon (48,21%).

2) Le nombre d'années d'études

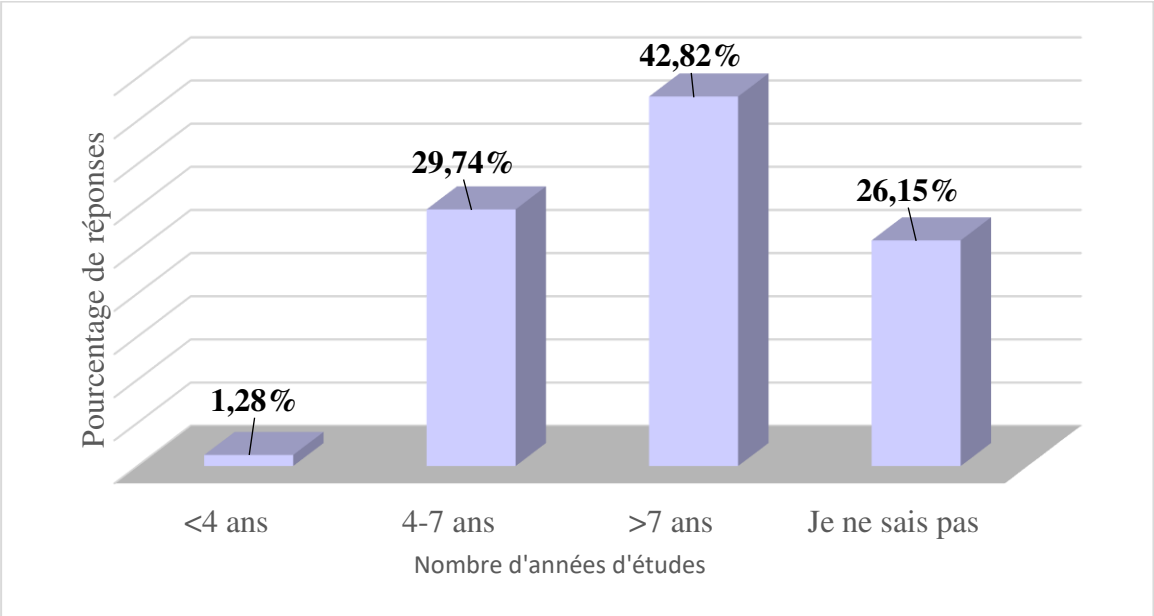


Figure 41 : Répartition des réponses concernant le nombre d'années d'études de l'interne en SASPAS dans l'échantillon total

5 patients pensent que l'interne en SASPAS fait moins de 4 années d'études, 116 personnes répondent entre 4 et 7 ans, et 102 patients ne savent pas. Ainsi 167 patients connaissent le véritable nombre d'années d'études de l'interne en SASPAS (>7ans), soit 42,82% de l'échantillon total.

3) L'influence de la connaissance du statut d'étudiant en dernière année de médecine sur l'adhésion

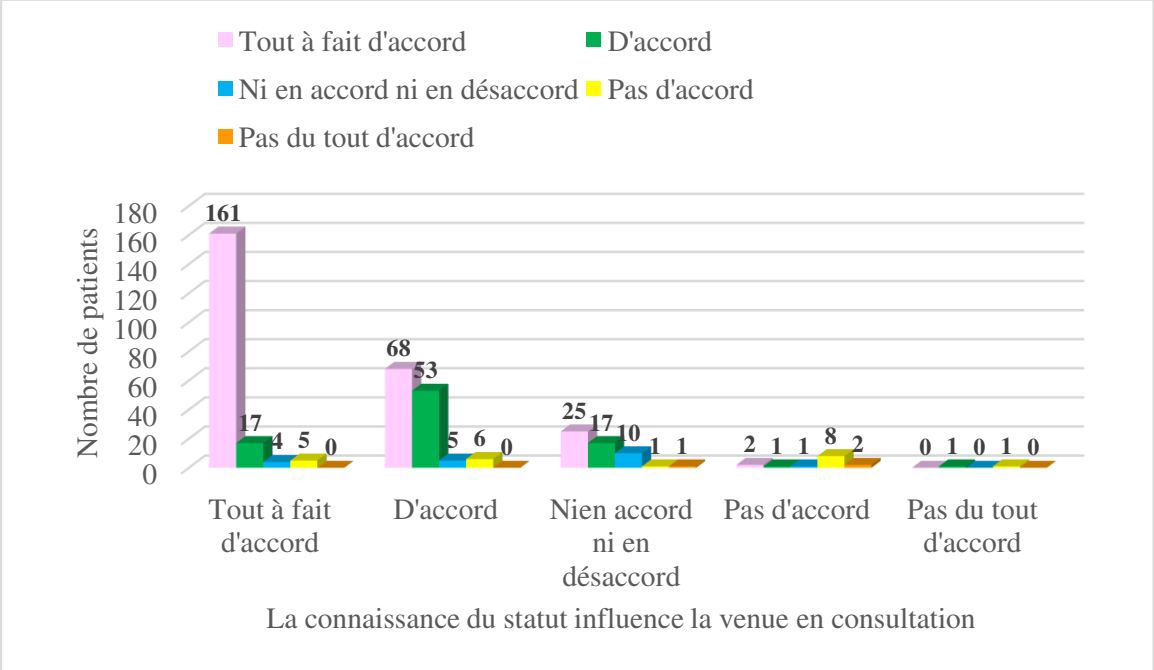


Figure 42 : ***Effectifs des patients adhérant ou non à l'interne en SASPAS en fonction de la réponse à la question 7.***

Il existe un lien entre le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS et la réponse à la question 7, énonçant que la connaissance du statut de l'interne facilite la venue en consultation (p=2,4 E-34).

II) STATISTIQUES BIVARIEES

A) *Evaluation des facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS pour faire face à la désertification médicale*

1) Le sexe

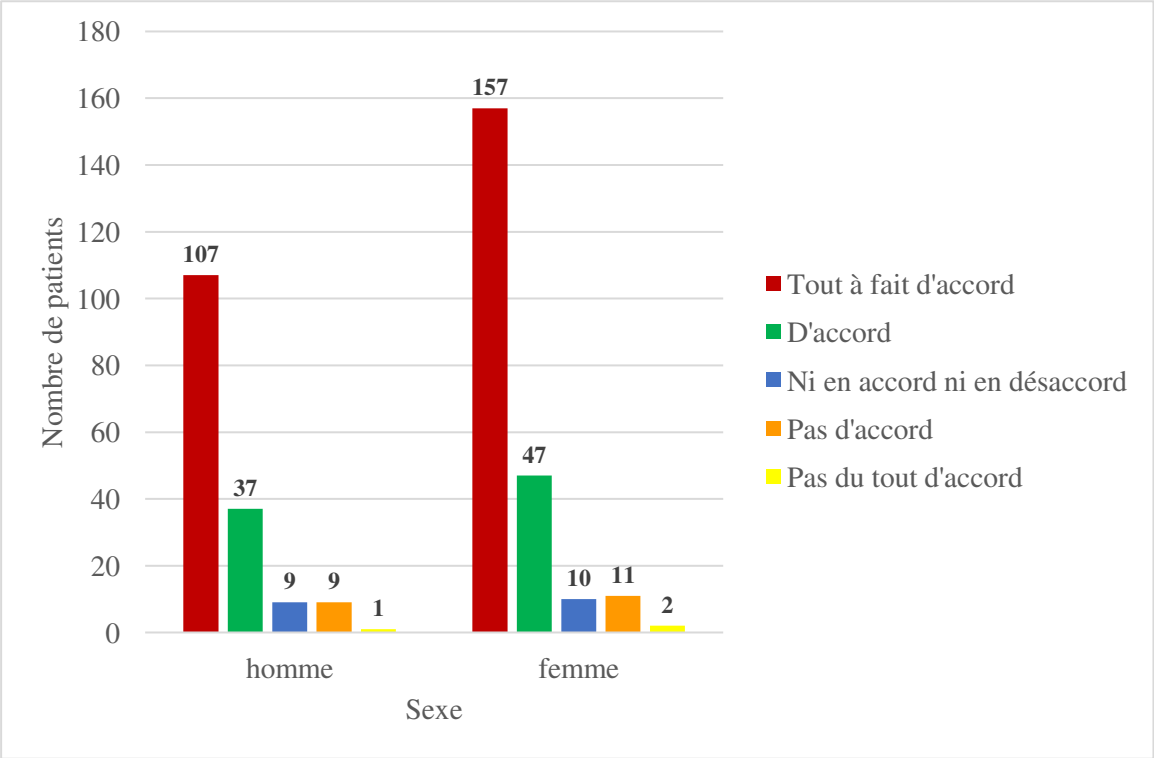


Figure 43 : Evaluation du facteur « sexe » dans l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS

65,6% des hommes sont « tout à fait d'accord » sur le fait que l'interne en SASPAS puisse être une solution à la désertification médicale, contre 69,2% des femmes. 22,7% d'hommes ont répondu « d'accord » contre 20,7% de femmes, 5,5% d'hommes ne sont «ni en accord ni en désaccord », contre 4,4% de femmes.
Enfin 5,5% d'hommes ne sont « pas d'accord » contre 4,8% de femmes, tandis que 0,6% d'hommes et 0,9% de femmes ne s'estiment « pas du tout d'accord ».
Il n'y a pas de différence significative entre le groupe homme et le groupe femme concernant le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS (p=0,94).
Ainsi il n'y a pas de lien entre le facteur « sexe » et l'adhésion à l'interne en SASPAS.

2) L'âge

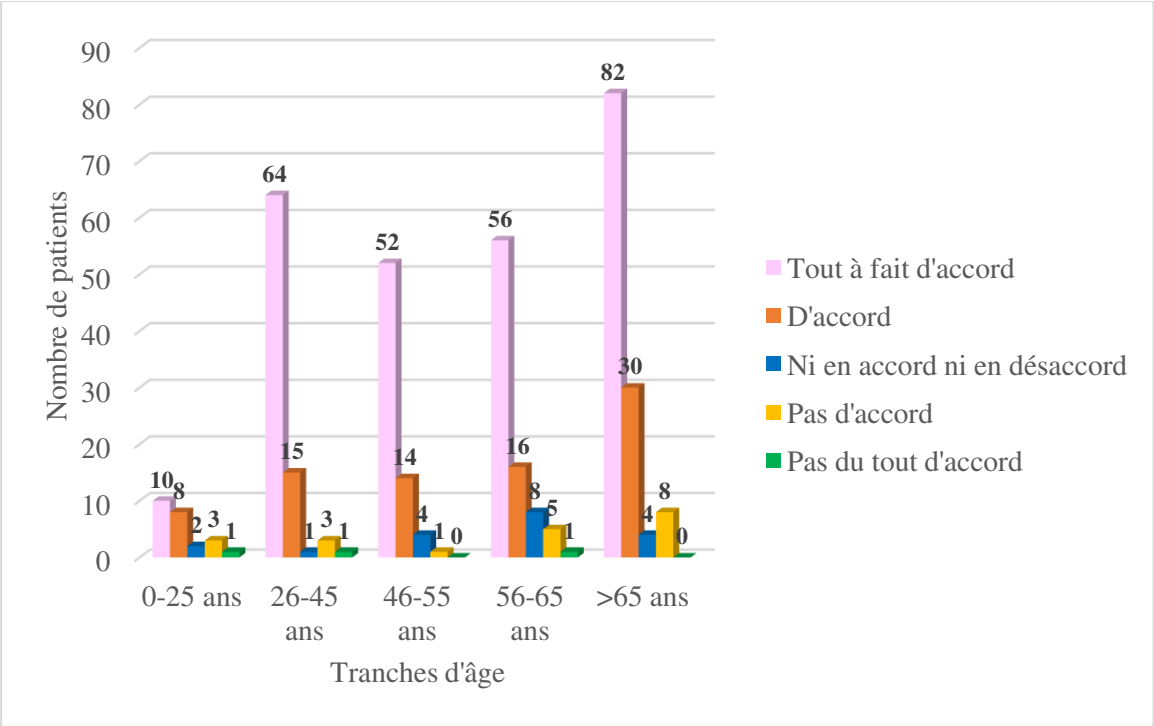


Figure 44 : Effectifs des patients adhérant ou non à l'interne en SASPAS en fonction des tranches d'âges

41,7% des patients âgés de moins de 25 ans sont tout à fait d'accord, 12,5% pas d'accord, et 4,2% pas du tout d'accord pour adhérer à l'interne en SASPAS pour faire face à la désertification médicale. Entre 26 et 45 ans, 76,2 % des patients sont tout à fait d'accord, contre 3,6% pas d'accord. Entre 46 et 55 ans, 56 et 65 ans et chez les plus de 65 ans, les patients sont respectivement tout à fait d'accord à 73,2%, 64,4% et 66,1%, contre 1,4%, 5,7% et 6,5% pas d'accord.
En analysant chaque variable séparément (tranche d'âge) par rapport au reste de l'échantillon, il apparaît qu'il existe un lien entre le fait d'avoir 0-25 ans et le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS (p=0,013). (Tableau 26)

Tranches d'âge	**P value**
0-25ans	0,013
26-45 ans	0,19
46-55 ans	0,51
56-65 ans	0,24
0>65 ans	0,52

Tableau 26 : Analyse bivariée du niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS de chaque tranche d'âge, par rapport au reste de l'échantillon

3) La connaissance du statut

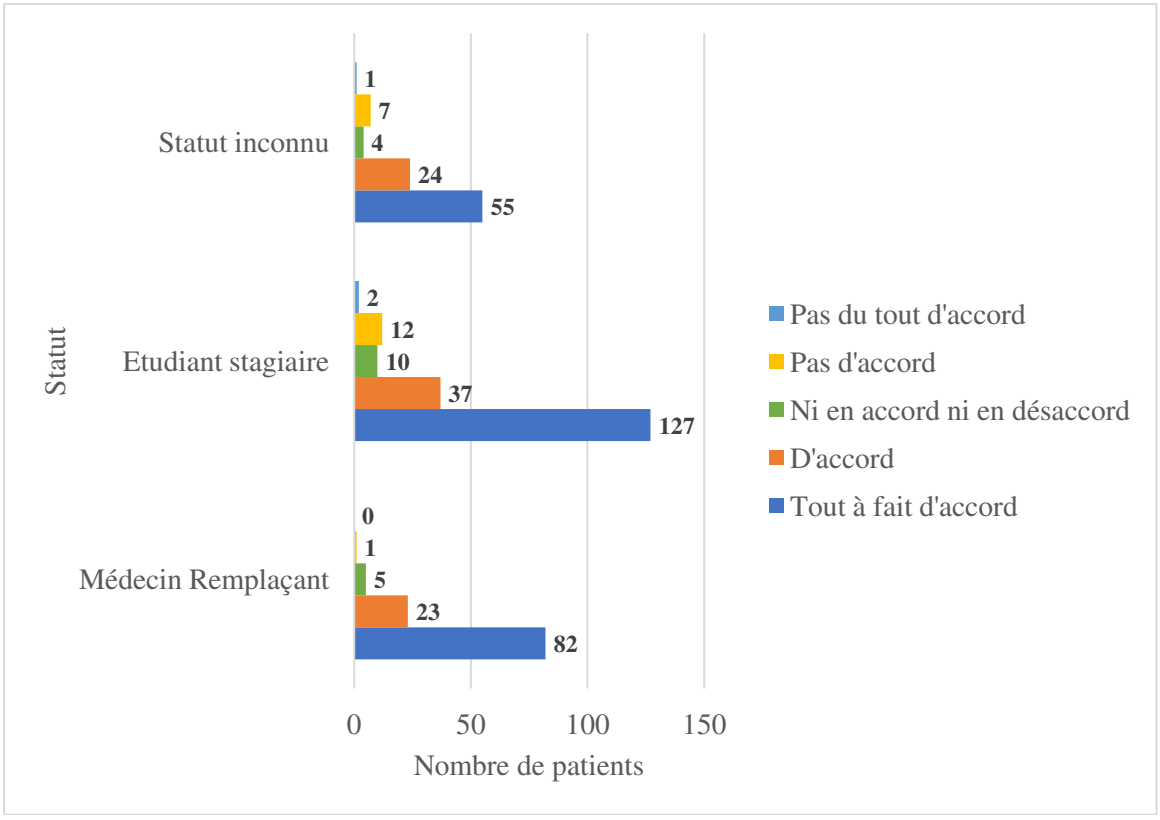


Figure 45 : Effectifs des patients adhérant ou non à l'interne en SASPAS en fonction de la réponse donnée sur son statut.

En comparant le niveau d'adhésion des patients à l'interne en SASPAS, et la connaissance de son statut, il apparaît qu'il n'y a pas de différence significative, donc pas de lien (p=0,27).
En analysant chaque groupe indépendamment (statut inconnu, étudiant stagiaire, médecin remplaçant) par rapport au reste de l'échantillon, il n'apparait pas non plus de différence significative (Tableau 27).
Il n'y a donc pas de lien entre le fait de connaitre le vrai statut de l'interne en SASPAS, et le fait d'y adhérer pour faire face à la désertification médicale.

Statut	**P value**
Médecin remplaçant	0,09
Etudiant stagiaire	0,7
Statut inconnu	0,32

Tableau 27 : Analyse bivariée du niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS en fonction de la connaissance de son statut, par rapport au reste de l'échantillon

4) La connaissance du nombre d'années d'études

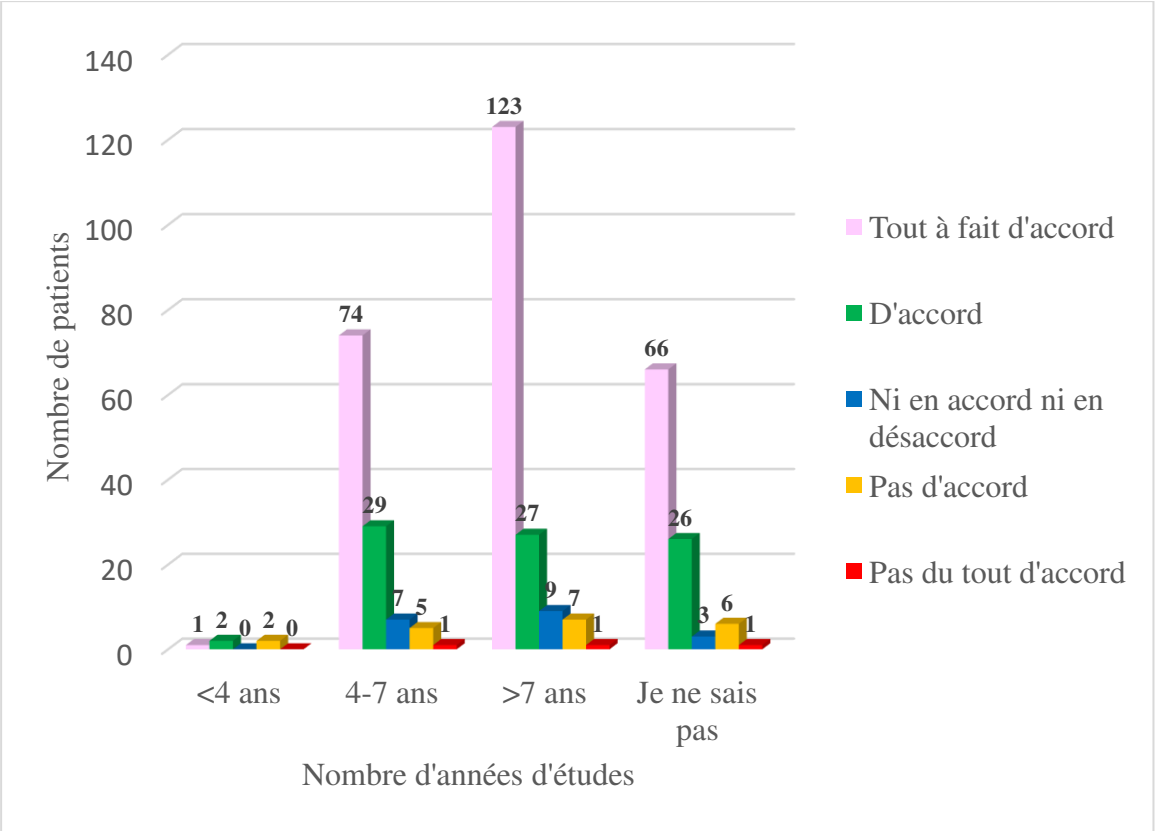


Figure 46 : Effectifs des patients adhérant ou non à l'interne en SASPAS en fonction de la connaissance du nombre d'années d'études.

Il existe un lien entre le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS et la réponse concernant le nombre d'années d'études que celui-ci a réalisé (p=0,045). C'est surtout le cas si le patient pense qu'il a réalisé moins de 4 ans d'études (p=0,02). (Tableau 28).

Nombre d'années d'études	**P value**
<4 ans	0,02
4-7 ans	0,69
>7 ans	0,16
Je ne sais pas	0,6

Tableau 28 : Analyse bivariée du niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS en fonction de la connaissance du nombre d'années d'études, par rapport au reste de l'échantillon

5) Le motif de consultation

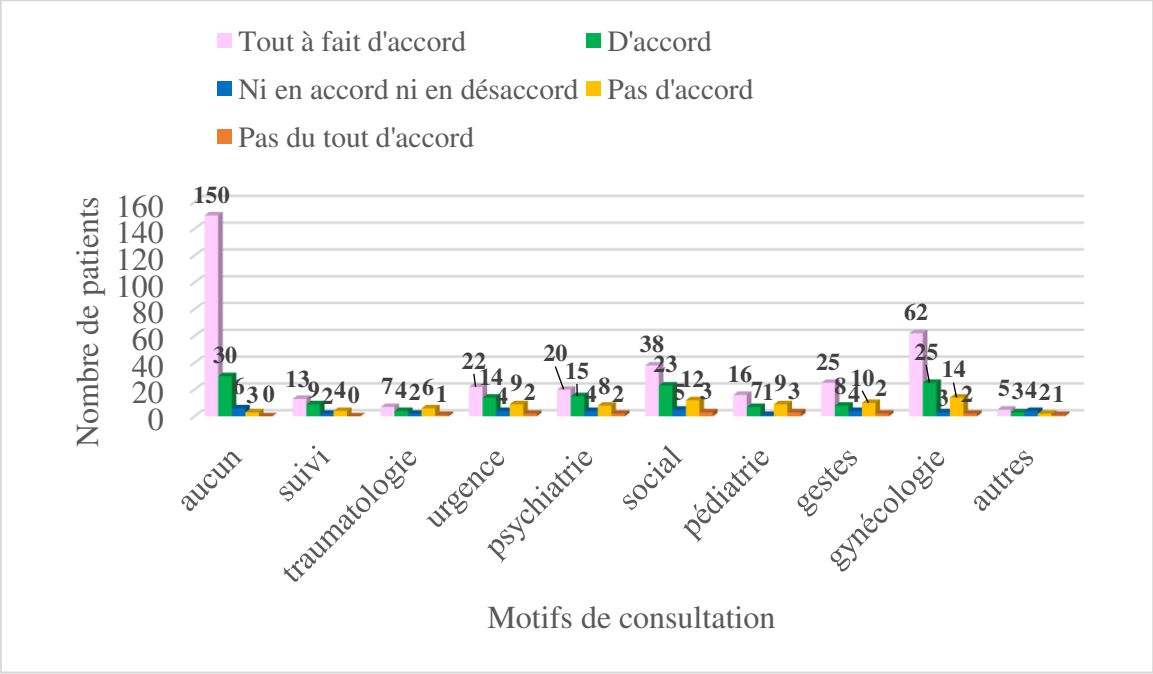


Figure 47 : Effectifs des patients adhérant ou non à l'interne en SASPAS en fonction du motif de consultation pour lequel le patient ne consulterait celui-ci

Il existe un lien entre le motif de consultation pour lequel le patient ne consulterait pas l'interne en SASPAS et le niveau d'adhésion à celui-ci pour faire face à la désertification médicale (p= 5,3 E-8).
En comparant indépendamment chaque motif de consultation, il apparaît qu'il y a un lien entre le fait de ne pas vouloir consulter l'interne pour la traumatologie/douleur ponctuelle (p=0,046), la pédiatrie (p=0,03), un autre motif sans précision (p=0,013) et le niveau d'adhésion à celui-ci. De même, il existe un lien avec le fait de consulter l'interne en SASPAS pour n'importe quel motif (p=7,3E-13). (Tableau 29).

Motif	**P value**
Aucun	7,3E-13
Suivi, renouvellement d'ordonnance	0,56
Traumatologie, douleur ponctuelle	0,046
Urgences	0,18
Problèmes psychologiques ou addictologiques	0,11
Problèmes social ou familial	0,27
Pédiatrie	0,03
Réalisation de gestes techniques	0,2
Gynécologie ou Urologie	0,74
Autres	0,013

Tableau 29 : Analyse bivariée du niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS en fonction du motif de consultation pour lequel le patient refuse l'interne, par rapport au reste de l'échantillon

DISCUSSION

I) ANALYSE DES RESULTATS

A) Taux de participation

La présence du chercheur en salle d'attente a permis d'obtenir un taux de participation exceptionnellement haut à 95,59%.
Le pourcentage d'acceptation de répondre au questionnaire varie en fonction des cabinets de 85,7% (1 cabinet) à 100 % (8 cabinets).
En comparaison, l'étude du Docteur LACOMBE en 2014 [22] qui a enquêté sur la satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion, a recueilli 75,5% de participation. Mais le mode de distribution du questionnaire a probablement influencé ce résultat. Celui-ci était réalisé par l'intermédiaire des médecins et secrétaires. Ainsi il reposait sur leur bonne coopération et leur disponibilité, sans contrôle possible. L'information délivrée lors de la distribution du questionnaire n'était peut-être pas complète, pouvant réduire la motivation des patients à participer.
Lors de l'étude du Docteur CUVELIER en 2013 [48] sur la satisfaction et le ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale, sur les 380 questionnaires le retour a été de 213 questionnaires, soit environ 56%. Dans cette étude, les questionnaires étaient distribués par l'interne en fin de consultation.
Ma présence en salle d'attente afin d'expliquer l'objectif de l'étude, l'anonymat du questionnaire, sa rapidité de remplissage, et le sujet de la désertification médicale sont autant d'éléments qui ont probablement favorisé ce taux de participation.
Cependant, la majorité des cabinets se trouvent en milieu rural (12 cabinets contre 7 en milieu urbain). Or la problématique de la désertification est plus importante dans ce milieu, ce qui a probablement majoré le taux de participation du fait de l'intérêt porté à ce problème de santé publique.

B) Analyse de l'objectif principal

La comparaison du taux de satisfaction global entre les deux groupes met en évidence une différence (p=8,6 E-23) entre ceux-ci.
Mais la comparaison du niveau de satisfaction du patient entre une consultation réalisée par le médecin généraliste habituel et celle pratiquée par l'interne en SASPAS peut s'étudier par les items se rapportant aux différents niveaux de compétences du médecin généraliste [64].

1) Relation- Communication- Approche centrée sur le patient

L'étude objective qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant les items suivants :
- « l'impression d'avoir du temps pour vous pendant la consultation » (p=0,28)
- « l'intérêt porté à votre situation personnelle » (p=0,67)
- « le sentiment d'être mis à l'aise pour lui expliquer vos problèmes » (p=0,62)
- « sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins » (p=0,82)
- « sa capacité à vous écouter » (p=0,73)
- « les explications de l'intérêt des tests et traitements » (p=0,93)
- « les explications sur vos symptômes et/ou vos maladies » (p=0,56)
- « l'aide à faire face à des problèmes émotionnels liés à votre état de santé » (p=0,38)
- « les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés » (p=0,16).

Dans la littérature, le Docteur MBEMBA en 2015 [23] avait évalué la satisfaction des patients de médecine générale dans deux maisons de santé pluri-professionnelles Loirétaines, retrouvant un taux de satisfaction de 97% et 93% concernant l'item « l'impression d'avoir du temps pour vous pendant la consultation ». En 2014, le Docteur LACOMBE [22] avait réalisé une enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion. Elle y retrouvait un niveau de satisfaction de 59,5% concernant « sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins » et 56,9% pour « l'aide à faire face à des problèmes émotionnels liés à votre état de santé ».
Le Docteur GROSJEAN en 2016 [50], dans son étude sur l'évaluation d'un interne en SASPAS par ses patients, a mis en évidence une satisfaction de 98,3%, 98,4%, 90,8%, et 97,5% concernant respectivement les items « l'intérêt porté à votre situation personnelle », « le sentiment d'être mis à l'aise pour lui expliquer vos problèmes », « sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins » et « sa capacité à vous écouter ».
Ces résultats se rapprochent des nôtres. Notre étude révèle l'importance de la relation et communication qu'ont les médecins généralistes et les internes en SASPAS avec leurs patients. C'est en effet l'une des compétences propre et indispensable à tout médecin généraliste, au vu de la relation au long cours qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Cependant, il existe une différence entre les deux groupes concernant la possibilité de joindre le médecin par téléphone (p=7,4 E-6) (Figure 25). Ceci peut s'expliquer par l'aménagement du planning de l'interne en SASPAS en termes de durée et nombre de consultations, lui permettant d'avoir plus de temps pour répondre aux patients par téléphone.

2) Premiers recours, urgences

La comparaison de cette compétence objective une différence entre les deux groupes concernant les items :
- « le soulagement rapide de vos symptômes » (p= 0,035)
- « son examen clinique » (p=0,016)
- « sa rigueur » (p=0,031)
- « la durée d'attente en salle d'attente » (p=3,9 E-8)
- « l'aide rapide pour des problèmes de santé urgents » (p=0,00501)

Comme retrouvé dans les études des Docteurs CUVELIER, VALLEE, SCHMITT [48, 51, 53], les patients consultent en majorité l'interne en SASPAS pour des motifs bénins ou des douleurs ponctuelles, permettant un soulagement plus facile et rapide des symptômes.
Les patients semblent plus satisfaits par l'examen clinique et la rigueur de l'interne en SASPAS. Cela peut s'expliquer par le fait que dans le cas de l'interne en SASPAS, étant encore étudiant et systémique, l'examen clinique peut paraître plus complet pour les patients, donc sembler plus rigoureux. Le médecin généraliste habituel de par son expérience réalise probablement plutôt un examen ciblé sur le motif de consultation. De plus, la relation étroite entre le médecin habituel et le patient, rend probablement l'examen et la rigueur du médecin au second plan aux yeux du patient. Par ailleurs pour le patient, l'interne en SASPAS permet un nouveau regard sur ses problèmes de santé.
Enfin, l'aménagement du planning de l'interne en SASPAS avec dans la majorité des cas des créneaux plus longs et/ou moins de consultations journalières, permet une amélioration de la durée en salle d'attente et ainsi une plus grande facilité concernant l'aide rapide pour des problèmes de santé urgents.

3) Continuité, suivi, coordination des soins

Il n'existe pas de différence significative entre les groupes SASPAS et médecin généraliste

habituel concernant les items :
- « l'accompagnement vous permettant de continuer votre quotidien normalement » (p=0,3)
- « le souvenir de ce qu'il vous a dit lors des consultations précédentes » (p=0,38)
- « la préparation sur ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou soins hospitaliers » (p=0,52)

Même s'il n'existe pas de différence significative, le niveau de satisfaction apparaît plus faible que pour la compétence relation, communication, approche centrée sur le patient. En effet, le niveau de satisfaction varie en fonction des questions de 53,6% à 60,8% pour le groupe SASPAS, contre 44% à 51,2% pour le groupe médecin généraliste habituel.
Grâce aux logiciels médicaux actuels, il est plus facile et rapide de retrouver les informations des consultations passées. Il est probable que les patients n'aient pas d'attentes concernant la préparation par leur médecin généraliste sur ce qu'il faut attendre d'un spécialiste, et ainsi n'ont pas de réelle satisfaction.

4) Education- Dépistage- Prévention- Santé individuelle et collective- Professionnalisme

Concernant ces compétences du médecin généraliste, il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes en comparant les items :
- « Les information de prévention (dépistages, bilan de santé, vaccins) » (p=0,52)
- « La confidentialité de votre dossier médical et données personnelles » (p=0,74)

Ces résultats montrent que les patients semblent dans les deux cas satisfaits des informations de prévention et de dépistage, mais également de la confidentialité de leur dossier médical (figure 34 et 35). Cela peut s'expliquer par le développement croissant en France des campagnes de prévention des maladies infectieuses et de dépistage des pathologies tumorales. D'après le Serment d'Hippocrate [65] « *...Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs... ».* La culture du secret médical est enseignée tout au long de la formation des jeunes médecins français.

5) Le cabinet médical

L'étude met en évidence une différence entre les deux groupes concernant les items :
- « l'amabilité du personnel du cabinet médical » (p=0,005)
- « la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui vous convient » (p=0,00014)
- « la possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone » (p=0,0027)

Les patients apparaissent plus satisfaits par le fonctionnement du cabinet médical lorsque l'interne en SASPAS consulte. Cela s'explique facilement par le fait que généralement le planning de l'interne en SASPAS est allégé par rapport à celui du médecin généraliste habituel. Ainsi, les patients ont plus facilement la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui leur convient. En l'absence de frein à leur souhait de rendez-vous rapide, l'amabilité du personnel médical peut paraître majorée. Mais il est difficile d'expliquer la différence dans la possibilité de joindre le cabinet par téléphone. Les patients ont pu comprendre la question comme la possibilité de joindre le médecin présent par téléphone. En effet, nous avons vu que dans ce cas-là l'interne en SASPAS est plus à même de satisfaire le patient.

6) Conclusion

Il semble que les patients se sentent globalement mieux pris en charge par l'interne en SASPAS. Ceci peut être dû au fait d'évaluer une ou deux consultations avec l'interne en SASPAS par rapport à des dizaines de consultations avec le médecin habituel. Les patients ont pu retenir une consultation avec leur médecin qui s'est moins bien déroulée qu'à l'habitude, ne répondant pas

à leur attente. Il est probablement plus difficile de maintenir une satisfaction équivalente dans la durée.
De plus, dans la majorité des cas, l'interne ne connaissant pas le patient, aura tendance à refaire le résumé du dossier médical du patient. Celui-ci peut le percevoir comme de la rigueur médicale, et se sentir rassuré.
Dans la majorité des cas, les patients consultent l'interne en SASPAS pour des motifs plus légers alors qu'ils consultent leur médecin habituel pour des motifs plus sérieux et plus graves. Ils sont ainsi certainement plus exigeants avec leur médecin habituel.
Enfin, comme évoqué précédemment, l'aménagement du planning de l'interne en SASPAS fait que celui-ci a peut-être plus de temps pour se consacrer à ses patients.

C) Analyse des objectifs secondaires

1) Connaissance du statut de l'interne

D'après les figures 40 et 41, nous observons que 51,79% des patients estiment que l'interne en SASPAS est un médecin remplaçant et non un étudiant stagiaire. Ainsi seulement 48,21% des patients connaissent le vrai statut de l'interne. De même, 42,82% des patients savent qu'un interne en SASPAS a fait plus de 7 ans d'étude.
Le Docteur BEAUJOUAN en 2007 [45] avait recueilli que la majorité des patients (77,52%) semblaient savoir ce qu'est un interne et savaient faire la différence entre remplaçant et interne. Cependant ce résultat devait être remis en question par le fait qu'une partie des réponses pouvait être induite par le libellé des questions.
Nous mettons aussi en évidence qu'il existe un lien entre le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS, et la réponse à l'item énonçant que la connaissance du statut en dernière année de médecine facilite la venue en consultation (p=2,4 E-34). Autrement dit, il semble que les patients viennent plus facilement en consultation lorsqu'ils savent que l'interne est en dernière année de médecine (Figure 42). Cela les rassure probablement.

Dans notre étude, les patients interrogés sont en majorité des femmes (58,21%).
Les personnes de plus de 65 ans représentent la majorité des patients interrogés correspondant à 31,8% de ceux-ci. Viennent ensuite les 56-65 ans (22,3%).
Nous pouvons donc nous demander si le fait d'être une femme et/ou d'avoir plus de 65 ans influence la connaissance du statut. Notre étude n'a pas étudié cette question.

2) Facteurs influençant l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS comme solution à la désertification médicale

Les résultats de notre étude révèlent qu'il n'existe pas de lien entre :
- le sexe des patients et l'adhésion ou non à l'interne en SASPAS (p=0,94)
- la connaissance du statut et le niveau d'adhésion à l'interne en SASPAS (p=0,27)

Cependant, il existe un lien entre le fait d'adhérer ou non à l'interne en SASPAS et :
- avoir moins de 25 ans (p=0,013)
- penser que l'interne a fait moins de 4 ans d'étude (p=0,02)
- le motif de consultation (p=5,3E-8), notamment
    - ne pas vouloir le consulter pour un traumatisme/douleur ponctuelle (p=0,046)
    - ne pas vouloir le consulter pour de la pédiatrie (p=0,03)
    - le consulter pour n'importe quel motif (p=7,3E-13)

En d'autres termes, avoir moins de 25 ans et/ou penser que l'interne a étudié moins de 4 ans sont des critères qui semblent diminuer l'adhésion. L'information fournie aux patients concernant le statut de l'interne semble donc prépondérante. De même les patients évitant l'interne pour de la

traumatologie ou de la pédiatrie paraissent moins favorable à celui-ci comme solution pour faire face à la désertification médicale.

En comparant nos résultats à ceux de la littérature, certains aspects apparaissent différents.
Le Docteur BOURTEEL en 2015 [49] a observé que les patients les plus âgés trouvaient un désagrément à la présence de l'interne en SASPAS. Dans notre étude, il s'agit davantage des patients de moins de 25 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées ayant besoin de plus de soins, associé au problème de désertification médicale, ont revu leur avis sur le désagrément de consulter un interne, qui se présente comme une offre de soins supplémentaire pour eux. Chez les patients de moins de 25 ans, la majorité sont des mineurs. Ce sont donc avec leurs parents qu'ils donnent leur avis, et ceux-ci veulent le meilleur pour leur enfant. Les patients lors notre étude ne semblent pas vouloir confier leur enfant à un interne en SASPAS. Ils préfèrent probablement consulter avec le médecin habituel par peur du manque d'expérience de l'interne. Cette exigence parentale peut expliquer que cette tranche d'âge adhère moins à l'interne en SASPAS.
De même une crainte est mise en évidence pour les consultations de traumatologie. Ce résultat paraît surprenant. Ce terme a pu être mal interprété par les patients, ceux-ci associant peut-être le mot « traumatologie » à des accidents ou pathologies violentes et graves, nécessitant des soins urgents et rapides.

Le Docteur BOURTEEL retrouvait que 27% des patients ne s'estimaient pas assez informé sur le statut de l'interne, et sous estimaient le nombre d'années d'études (environ 6 ans). Elle mit en évidence qu'il existait un lien entre le fait d'être informé du statut de l'interne en SASPAS et le fait d'avoir un désagrément à le consulter. En 2017, le Docteur VALLEE [51] recueillait des propositions d'amélioration de la satisfaction envers les SASPAS. Un patient proposait à l'interne d'expliquer son statut avant chaque consultation. Notre étude ne met pas en évidence de lien entre le niveau d'adhésion et la connaissance du statut, mais un lien avec la connaissance du nombre d'années d'études. La disparition progressive de l'importance du statut du praticien s'explique par la croissance des déserts médicaux. Que le professionnel soit un médecin ou un interne importe peu désormais, tant que ce dernier n'a pas fait moins de 4 ans d'études.

II) FORCES ET FAIBLESSES

A) Forces

Le point fort de notre étude réside dans le fait qu'à notre connaissance **aucune étude n'avait jusqu'alors comparé le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par le médecin généraliste habituel et celle pratiquée par un interne en SASPAS dans les zones où l'offre de soins est insuffisante**. Or d'après la proposition du gouvernement, un contrat de médecin adjoint pourrait être proposé aux internes aptes à être remplaçants, dans ces zones sous denses. L'avis des patients semble primordial, ceux-ci étant les premiers concernés par cette mesure. En effet, ce problème de santé publique qu'est la désertification médicale est un sujet primordial et l'une des principales revendications dans la vie des Français en 2018. Cette étude a donc permis une ébauche de réponse à la potentielle viabilité de cette mesure.

Notre étude a également **diminué la perte de données** (biais de non-répondant) en plaçant le chercheur directement en salle d'attente. Cette méthodologie a permis par la même occasion d'**éviter un biais de sélection** grâce à la distribution du questionnaire à tous les patients en salle d'attente, le chercheur ne faisant pas parti du cabinet.

Le questionnaire de satisfaction utilisé correspondant au **questionnaire EUROPEP, validé dans de nombreux pays européens**, est aussi une force de notre étude. Celui-ci, associé aux quelques questions ajoutées en fin de questionnaire, devait être rempli en moins de 5 minutes

pour **éviter une certaine lassitude des patients**. Un pré test et un test du questionnaire au préalable permirent de diminuer ce biais et par la même occasion de vérifier la bonne compréhension des questions.

Ce questionnaire pouvait être proposé directement après une consultation si le patient n'avait jamais consulté d'interne en SASPAS, permettant d'**éviter le biais de mémorisation**. De plus, l'étude **n'excluait pas les patients ne sachant pas lire** s'ils étaient accompagnés d'un aidant pouvant comprendre les questions. Celui-ci remplissait alors le questionnaire avec le patient. Ce fut le cas pour 12 patients. De même, **la patientèle pédiatrique n'était pas exclue de l'étude** si un accompagnant majeur était présent, celle-ci représentant une part importante des consultations de médecine générale.

L'objectif en début d'étude était de recueillir environ 400 questionnaires. L'exploitation possible de **390 questionnaires** avec des effectifs comparables dans les deux groupes a permis de remplir notre objectif. La patientèle interrogée est aussi représentative de la population générale, les centres d'études à la fois en milieu urbains et ruraux ayant été sélectionnés au hasard dans toute la Charente Maritime.

Enfin, **le biais émotionnel a été évité** grâce à la réalisation d'une étude quantitative, même si celle-ci explore moins le coté objectif et subjectif du ressenti qu'une étude qualitative.

B) Faiblesses

La première faiblesse de notre étude est de **comparer le niveau de satisfaction des patients d'une ou deux consultations réalisées par un interne en SASPAS à un ensemble de consultations pratiquées par le médecin généraliste habituel**. Pour les patients, une seule consultation avec leur médecin habituel sur des dizaines a pu ne pas répondre à leurs attentes, et a ainsi influencé leurs réponses (**biais de mémorisation**). Parallèlement à cela, il y a probablement un **biais de recrutement** car les patients du groupe SASPAS interrogés adhèrent déjà plus ou moins à l'interne en SASPAS puisqu'ils viennent le consulter.

De plus, certains des patients n'ont pas répondu au questionnaire (**biais de non répondant**), Certains n'ont pas voulu juger par absence de connaissance médicale, d'autres après une opinion négative probable à la suite d'une consultation. Enfin certains ont été exclus de l'étude. C'est le cas des patients illettrés présents sans aidants (**biais de sélection**). Il en est de même pour les patients à domicile ou en EHPAD qui n'ont pas pu être interrogés.

La distribution du questionnaire et son remplissage en salle d'attente ont pu aussi **influencer les réponses**, par l'envie de plaire au médecin ou à l'interne, malgré l'explication orale et écrite de l'anonymat. De même, ma présence a pu influencer certains patients, ceux-ci pensant fréquemment que j'étais un interne en SASPAS.

L'étude de la satisfaction s'améliore à distance des consultations permettant généralement de diminuer le **biais de mesure**. Mais pour une question de coût, et pour éviter la perte de données, cette méthodologie n'a pas été retenue pour les patients interrogés directement après la consultation.

Concernant le questionnaire, il y a toujours un risque que les **questions soient mal comprises** par les patients même si un pré-test et un test ont été réalisés antérieurement afin d'éviter ce biais.
Nous sommes également conscients que le questionnaire regroupe **beaucoup de questions**. Même si celui-ci se remplit normalement en moins de 5 minutes, il a pu entrainer une **lassitude** chez les patients. Il est également connu que les patients ont **tendance à répondre «4»** quand

ils sont satisfaits car selon eux leur médecin a toujours la possibilité de s'améliorer. Comme dans toute étude, certains patients auront aussi **tendance à cocher au hasard ou à répondre la même réponse** pour le tableau sans lire les questions.

III) PERSPECTIVES

La satisfaction est un paramètre difficile à analyser, tant il s'agit d'un facteur subjectif. L'étude d'Alexia KREUWEN et P.A. BONNET parue dans la revue « Exercer » en 2013 « La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants » [30], décrit la satisfaction comme une expérience émotionnelle agréable. Elle dépend ainsi des attentes des patients, des groupes sociaux. Ils ont décrit plusieurs classes de patients qui ont des attentes différentes et donc s'estimeront satisfaits lorsque celles-ci seront respectées. Il existe les patients dépendants qui attendent une disponibilité importante de leur médecin, ceux en bonne santé qui désirent un soulagement rapide des symptômes. L'attention portée à la situation personnelle et l'écoute sont les attentes principales d'une autre classe de patients. « Les patients acteurs » s'estiment satisfaits lorsque le médecin a réalisé un examen clinique minutieux avec un suivi personnalisé, et « les patients exigeants » attendent de la prévention, des horaires flexibles du médecin et un soulagement rapide des symptômes. Enfin « les patients usagers d'un service » estiment que les performances dans les activités quotidiennes doivent être maintenues.

Notre étude est un début de réponse à l'éventuelle viabilité de la mesure du gouvernement sur la désertification médicale proposant un contrat de médecin adjoint aux internes aptes à être remplaçants. Même si les patients semblent aussi satisfaits des consultations réalisées par l'interne en SASPAS que par le médecin généraliste habituel, une étude qualitative pourrait explorer plus précisément le ressenti des patients.
Il faudrait également interroger les patients consultants exclusivement le maitre de stage sur leur niveau de satisfaction envers le SASPAS, afin de rechercher ceux qui ne consultent pas l'interne en SASPAS à la suite d'une mauvaise expérience. Et inversement, il faudrait interroger ceux qui consultent seulement l'interne en SASPAS sur leur niveau de satisfaction envers leur médecin habituel. En effet certains patients ne consultent avec l'interne en SASPAS que devant une insatisfaction envers leur médecin généraliste habituel.

Si cette mesure venait à être adoptée, il faudrait améliorer l'information reçue par les patients concernant le statut des internes. En plus d'explications orales par la secrétaire, par les médecins, de fiches descriptives dans les salles d'attente, il faudrait créer des campagnes d'information sur les radios, à la télévision.

Cette proposition du gouvernement de généraliser le contrat de médecin adjoint aux internes dans les zones où l'offre de soins est insuffisante pourrait être une façon d'améliorer encore les études de médecine générale en créant une 4 ème année d'internat.

Les patients n'adhérant pas à l'interne en SASPAS seraient-ils plus rassurés face à un interne qu'ils ont vu se former au fil des années, en réalisant les stages d'externat, de niveau 1 puis de SASPAS dans le même cabinet ? La question peut se poser. Mais certains diront qu'il est toujours bon d'avoir un nouveau regard sur leur dossier, et les internes auraient vraisemblablement moins de diversité de stage au cours de leurs études...

CONCLUSION

L'internat de médecine générale a beaucoup évolué au fil des années. L'interne apte à être remplaçant, tel que le SASPAS, est actuellement pressenti pour être une des solutions face à la désertification médicale.

Même si de nombreuses études avaient établi la satisfaction des patients envers le médecin généraliste d'une part, et l'interne en SASPAS d'autre part, aucune étude n'avait comparer le niveau de satisfaction des patients suite aux consultations avec ces deux professionnels, dans une zone de désert médical.

Cette étude, sur la base du questionnaire validé EUROPEP, montre qu'il n'y a pas de différence de satisfaction des patients entre les deux groupes concernant les items se rattachant aux compétences « relation, communication, approche centrée sur le patient », « continuité, suivi, coordination des soins », « éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et collective », « professionnalisme ». Cependant, une différence est mise en évidence concernant la compétence « premier recours, urgences », probablement due à l'aménagement du planning de l'interne en SASPAS.

Peu de patients ont connaissance du statut et du nombre d'années d'études qu'a réalisé l'interne en SASPAS. Les facteurs influençant le niveau d'adhésion des patients à l'interne sont l'âge avant 25 ans, la pensée que l'interne a réalisé moins de 4 années d'études, et le motif de consultation. L'information aux patients sur ce qu'est un interne en SASPAS paraît donc primordiale. La traumatologie et la pédiatrie apparaissent dans notre étude comme deux motifs pour lesquels le patient semble réticent à consulter l'interne en SASPAS.

Une étude qualitative pourrait venir compléter ces résultats en développant le ressenti des patients sur cette proposition du gouvernement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen, Dr Justin, et Professeur Jan Heyrman. « Préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002 », s. d., 52.

2. « Université de Poitiers - Faculté de médecine et de pharmacie - Thèse ». Consulté le 16 janvier 2019. Disponible sur : http://medphar.univ-poitiers.fr/formations/medecine-generale/theses/.

3. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. (S. d.). Consulté le 16 janvier 2019.

4. Gouteyron, Par M Adrien. « Au nom de la commission spéciale 1 1) sur le projet de loi. ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relatif aux études médicales, » s. d., 77.

5. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES, 82-1098 § (1982).

6. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, 88-321 § (1988).

7. Décret no 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, 97-494 § (1997).

8. « Décret no 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés | Legifrance ». Consulté le 16 janvier 2019. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/1997/12/24/MESP9723363D/jo/texte.

9. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (s. d.). Consulté le 16 janvier 2019.

10. « LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale - Article 60 | Legifrance ». Consulté le 16 janvier 2019. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/17/2002-73/jo/article_60.

11. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, 2004-67 § (2004).

12. « Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 », s. d., 4.

13. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (s. d.). Consulté le 16 janvier 2019.

14. « Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine | Legifrance ». Consulté le 16 janvier 2019. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo.

15. Compagnon L., Bail P., Huez J., Stalnikiewicz B., Ghasarossian C., Yves Zerbib, Piriou C., et al. « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale ». *Vo l u m e*, s. d., 8.

16. « Université de Poitiers - Faculté de médecine et de pharmacie - 3ème Cycle ». Consulté le 6 février 2019. Disponible sur : http://medphar.univ-poitiers.fr/formations/medecine-generale/3eme-cycle/.

17. NDame E., Emilie M., Ntouba A. *Accès aux soins de médecine générale à Argenteuil (95) : état des lieux*. France, 2018. 61 p.

18. Mousel C. « Le médecin généraliste en 2007 : Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain ». Thèse d'exercice, Université de Nancy I. Faculté de médecine, 2009. 209 p.

19. Destrieux A. « Médecin généraliste : le mal-aimé de la médecine ? : qu'en pensent les patients ? » Thèse d'exercice, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2015. 268 p.

20. El Hafdi S. « Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale », s. d., 64 p.

21. Raynal P. « Attentes des patients à propos de la disponibilité de leur médecin traitant : étude qualitative de la population parisienne ». Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2013. 81 p.

22. Lacombe C. « Enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion en 2014 », 2015, 68 p.

23. Mbemba Lepiller S., et Jacob L. *Evaluation de la satisfaction des patients de médecine générale dans deux maisons de santé pluriprofessionnelles loirétaines*. Tours, France: SCD de l'université de Tours, 2015. 96 p.

24. Léry A., et Meuret F. *Quelle perception les patients ont-ils de l'information transmise par leur médecin généraliste ? analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre de la relation médecin-patient*. Lieu de publication inconnu, France, 2015. 104 p.

25. Chataigner A., et Tregouët B. *Difficultés d'accès au médecin traitant et conséquences ressenties sur la qualité des soins par les patients : étude qualitative sur la commune de Challans en Vendée en 2014*. Lieu de publication inconnu, France, 2016. 96 p.

26. Mulot J., et Korenfeld C. *Du désaccord de la relation médecin - patient à la judiciarisation, le point de vue des patients*. France, 2013. 88 p.

27. Métois C., et Senand R. *Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique*. France, 2013. 98 p.

28. Poot A., Den Elzen W., Blom J., et Gussekloo J. « Level of Satisfaction of Older Persons with Their General Practitioner and Practice: Role of Complexity of Health Problems ». *PloS One* 9, nº 4 (2014) : e94326. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094326.

29. Purvin J., et Sellier-Petitprez A. *Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? étude qualitative sur les patients de la région Picardie*. Amiens, France : Université de Picardie, 2016. 71 p.

30. Kreuwen A., et Bonnet P. « La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants ». *Exercer, la revue francophone de médecine générale*, nº 109 (octobre 2013): 196-202.

31. Chipp E., Stoneley S., et Cooper K. « Clinical Placements for Medical Students: Factors Affecting Patients' Involvement in Medical Education ». *Medical Teacher* 26, nº 2 (mars 2004): 114-19. Disponible sur: https://doi.org/10.1080/01421590410001665636.

32. Frank S. H., Stange K.C., Langa D., et Workings M. « Direct Observation of Community-Based Ambulatory Encounters Involving Medical Students ». *JAMA* 278, nº 9 (3 septembre 1997): 712-16.

33. Price R., Spencer J., et Walker J. « Does the Presence of Medical Students Affect Quality in General Practice Consultations? » *Medical Education* 42, nº 4 (avril 2008): 374-81. Disponible sur : https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03016.x.

34. Prislin M. D., Morrison E., Giglio M., Truong P., et Radecki S. « Patients' Perceptions of Medical Students in a Longitudinal Family Medicine Clerkship ». *Family Medicine* 33, nº 3 (mars 2001): 187-91.

35. Ramanayake R.P.J.C., Sumathipala W.L.A.H., Rajakaruna I.M.S.M., et Ariyapala D.P.N. « Patients' Attitudes Towards Medical Students in a Teaching Family Practice: A Sri Lankan Experience ». *Journal of Family Medicine and Primary Care* 1, nº 2 (2012): 122-26. https://doi.org/10.4103/2249-4863.104982.

36. Speicher M.R., et Sterrenberg T.R. « Students Do Not Reduce Patient Satisfaction in a Family Medicine Clinic as Measured by a Nationally Used Patient Satisfaction Instrument ». *Family Medicine* 47, nº 3 (mars 2015): 227-30.

37. Law M., Hamilton M., Bridge E., Brown A., Greenway M., et Stobbe K. « The Effect of Clinical Teaching on Patient Satisfaction in Rural and Community Settings ». *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada* 19, nº 2 (2014): 57-62.

38. Rivière J.P. *Évaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien*, 1998. 92 p.

39. Hoang D. « Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire 3 ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien ». Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat, 2002. 53 p.

40. Massat C., et Renoux C. *L'Interne en cabinet de médecine générale : opinion et critères de jugement des patients*. Tours, France : SCD de l'université de Tours, 2011. 21 p.

41. Sass M. « La consultation, patient, médecin, interne, en stage niveau 1 de médecine générale : étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes : intégrations de l'interne dans la relation médecin-patient ». Thèse d'exercice, Université de Paris-Sud. Faculté de médecine, 2013. 85 p.

42. Lemercier A., et Guillem E. *Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377*

questionnaires recueillis en Haute-Normandie. France, 2013. 109 p.

43. Ciabrini N. « Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? » Thèse d'exercice, Centre hospitalier universitaire Saint-Antoine, 2002. 107 p.

44. Cooke F., Galasko G., Ramrakha V., Richards D., Rose A., et Watkins J. « Medical students in general practice: how do patients feel? » *The British Journal of General Practice* 46, nº 407 (juin 1996): 361-62.

45. Beaujouan X., et Attali C. *SASPAS : enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007*. UPEC, France : Université de Paris-Val-de-Marne, 2008. 50 p.

46. Jaglale-Letniowski C. « L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle ». Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2009. 111 p.

47. Mol S. S. L., Peelen J. H., et Kuyvenhoven M. M. « Patients' views on student participation in general practice consultations : A comprehensive review ». *Medical Teacher* 33, nº 7 (1 juillet 2011): e397-400. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.581712.

48. Cuvelier Benhenida A. « Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale ». Thèse d'exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2013. 69 p.

49. Bourteel C. « Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS : une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais ». Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2015. 81 p.

50. Grosjean M. « Evaluation d'un interne en SASPAS par ses patients ». Thèse d'exercice, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2016. 55 p.

51. Vallée E. « Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative ». Thèse d'exercice, Université Bretagne Loire, 2017. 46 p.

52. Borlot C. « Etude de la satisfaction à l'aide du questionnaire « Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire » des patients reçus par les internes bisontins en SASPAS chez le médecin généraliste ». Thèse d'exercice, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2017. 30 p.

53. Schmitt F. « Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale », 23 octobre 2017, 104 p.

54. Deffromont T., Thueux J.P., Litzler P.Y., Joly L., et Bourrouillou G. *L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation ? Étude quantitative en Haute-Normandie*. Rouen, France : Université de Rouen, 2017.

55. « Estimation de la population au 1er janvier 2019 | Insee ». Consulté le 18 janvier 2019. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198.

56. « Démographie médicale et projet de loi “Ma santé 2022” | Conseil National de l’Ordre des Médecins ». Consulté le 18 janvier 2019. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037.

57. « cnom_atlas_2018_1.pdf ». Consulté le 18 janvier 2019. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_1.pdf.

58. « 2017-10-13_DP Plan Renforcer l’accès territorial aux soins.pdf ». Consulté le 18 janvier 2019. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf.

59. « Licence de remplacement | Conseil départemental de la Charente-Maritime de l’Ordre des médecins ». Consulté le 7 février 2019. Disponible sur : http://www.conseil17.ordre.medecin.fr/content/licence-remplacement-0.

60. Grol R.P.T.M, Wensing M., et Olesem F. *Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument*. Nijmegen: The Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care, 2000.

61. « Annuaire des médecins | Conseil départemental de la Charente-Maritime de l’Ordre des médecins ». Consulté le 7 février 2019. Disponible sur : http://www.conseil17.ordre.medecin.fr/content/annuaire-medecins-5.

62. « BiostaTGV - Statistiques en ligne ». Consulté le 7 février 2019. Disponible sur : https://biostatgv.sentiweb.fr/.

63. « Comparateur de territoire | Insee ». Consulté le 7 février 2019. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-17436+COM-17396+COM-17349+COM-17411+COM-17452.

64. « Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot ». Consulté le 7 février 2019. Disponible sur : https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences.

65. « Le serment d’Hippocrate | Conseil National de l’Ordre des Médecins ». Consulté le 5 février 2019. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311.

ANNEXE 1

Madame, Monsieur,

Afin de renforcer l'offre de soins dans les territoires déficitaires en médecins généralistes, le gouvernement souhaite proposer un contrat de médecin adjoint aux internes aptes à être remplaçants.
*Dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante, en Charente Maritime, nous enquêtons sur le niveau d'adhésion des patients à la prise en charge médicale proposée par les internes aptes à être remplaçant, tel que l'interne en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). L'**interne en SASPAS** contrairement aux autres internes, **reçoit le patient seul au cabinet**, en autonomie, une journée par semaine.*

Nous comparons le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par le médecin habituel et celle proposée par l'interne en SASPAS.

Le but de ce questionnaire, qui fait l'objet d'une thèse, est de recueillir votre opinion concernant la/les consultations réalisées par votre médecin habituel ou par l'interne en SASPAS.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'objectif étant simplement de connaître vos impressions.
Ce questionnaire est anonyme, ni votre médecin, ni le ou les internes en SASPAS n'auront accès à vos réponses.

En vous remerciant d'avance,
MAGNES Vincent, Université de Poitiers

1) Avez-vous déjà consulté un interne en SASPAS, pour vous ou votre enfant ?

☐Oui ☐Non

->Si OUI, nous vous demandons de donner votre avis personnel concernant la qualité des soins **de l'interne en SASPAS.**

->Si NON, nous vous demandons de donner votre avis personnel concernant la qualité des soins **de votre médecin habituel**.

Cocher la case reflétant le mieux votre opinion **(1= faible, 5=excellent).**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. L'impression qu'il a du temps pour vous pendant la consultation					
2. L'intérêt porté à votre situation personnelle					
3. Le sentiment d'être mis à l'aise pour lui expliquer vos problèmes					
4. Sa capacité à vous impliquer dans les décisions concernant les soins					
5. Sa capacité à vous écouter					
6. La confidentialité de votre dossier médical et données personnelles					
7. Le soulagement rapide de vos symptômes					
8. L'accompagnement vous permettant de continuer votre quotidien normalement					
9. Son Examen clinique					
10. Sa rigueur					
11. Les information de prévention (dépistages, bilan de santé, vaccins)					
12. Les explications de l'intérêt des tests et traitements					
13. Les explications sur vos symptômes et/ou vos maladies					
14. L'aide à faire face à des problèmes émotionnels liés à votre état de santé					
15. Les explications vous permettant de comprendre l'importance des conseils qui vous sont donnés					
16. Le souvenir de ce qu'il vous a dit lors des consultations précédentes					
17. La préparation sur ce qu'il faut attendre d'un spécialiste ou soins hospitaliers					
18. L'amabilité du personnel du cabinet médical (autre que les médecins)					
19. La possibilité d'obtenir un rendez-vous à un moment qui vous convient					
20. La possibilité de contacter le cabinet médical par téléphone					
21. La possibilité de parler avec le médecin par téléphone					
22. La durée d'attente en salle d'attente					
23. L'aide rapide pour des problèmes de santé urgents					

2) Le patient est :

☐Une femme ☐Un homme

3) Dans quelle tranche d'âge se situe le patient ?

☐0-25 ans ☐26-45 ans ☐46-55 ans ☐55-65 ans ☐plus de 65 ans

4) Selon vous qu'est-ce qu'un interne en SASPAS?

☐Un médecin remplaçant
☐Un étudiant stagiaire
☐Statut inconnu, autre

5) Selon vous, combien d'années d'études en médecine a réalisé un interne en SASPAS ?

☐Moins de 4 ☐Entre 4 et 7 ☐Plus de 7 ☐Je ne sais pas

6) Dans quel(s) domaine(s) ne consulteriez-vous pas un interne en SASPAS ? (Plusieurs réponses possibles)

☐Aucun
☐Suivi, renouvellement d'ordonnance
☐Traumatologie ou douleur ponctuelle
☐Urgence
☐Problèmes psychologiques ou addictologie
☐Problème familial ou social
☐Pédiatrie
☐Réalisation d'un geste technique (frottis, vaccin, électrocardiogramme)
☐Gynécologie ou Urologie
☐Autre : …

7) Cochez les cases qui reflètent le mieux votre opinion :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni en accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
- Le fait de savoir qu'il s'agit d'un étudiant en dernière année de médecine facilite t'il la venue en consultation ?					
- La présence de l'interne en SASPAS pourrait être une solution à la désertification médicale ?					

MERCI DE VERIFIER QUE VOUS AVEZ REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

RESUME

INTRODUCTION : Face à la désertification médicale, dans les zones où l'offre de soins est insuffisante, le gouvernement propose de généraliser le contrat de médecin adjoint aux internes aptes à être remplaçants, tel que l'interne en SASPAS. L'objectif principal de l'étude est de comparer le niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par l'interne en SASPAS (groupe 1) et celle pratiquée par le médecin habituel (groupe 2). **METHODOLOGIE** : Cette étude descriptive transversale a été menée du 27 août 2018 au 29 novembre 2018 dans 19 cabinets libéraux de Charente Maritime, dans les zones présentant des difficultés dans l'accès aux soins de médecine générale. A partir du questionnaire EUROPEP, les patients ont été interrogés en salle d'attente permettant de recueillir 390 questionnaires exploitables sur leur niveau de satisfaction. **RESULTATS** : La comparaison des deux groupes montre qu'il existe une différence concernant le soulagement rapide des symptômes (p=0,035), l'examen clinique (p=0,016), la rigueur (p=0,031), la durée en salle d'attente (p=3,9E-8), l'aide rapide pour des problèmes urgents (p=0,00501), et enfin la possibilité de joindre le médecin par téléphone (p=7,4E-6). Pour le reste des compétences médicales, il n'existe pas de différence significative. **DISCUSSION** : A notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée à cette comparaison dans les zones de déserts médicaux. L'aménagement du planning de l'interne en SASPAS semble augmenter la satisfaction des patients dans certains domaines, même si dans la majorité des cas il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. **CONCLUSION :** Ces premiers résultats sont encourageants pour la réussite de cette future mesure. Une étude qualitative pourrait venir compléter ces résultats en analysant plus le coté objectif et subjectif du ressenti des patients concernant cette proposition du gouvernement.

MOTS-CLES : désertification médicale, satisfaction, SASPAS, médecine générale, consultation

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

⌘+⌘+⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

⌘+⌘+⌘