Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

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

présentée et soutenue publiquement
le vendredi 17 Mai 2019 à Poitiers
par Madame Anne BODIN

L'influence du SASPAS sur les modalités de début d'exercice
des jeunes médecins généralistes des promotions 2012, 2013 et 2014
de la faculté de Médecine de Poitiers.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Maître de Conférences Associé

Monsieur le Docteur François BIRAULT, Professeur Associé

Directrice de thèse : Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES

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

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 :

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre disponibilité. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,
Vous me faites l'honneur d'analyser et de juger mon travail. Soyez assurée de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT,
Vous me faites l'honneur d'analyser et de juger mon travail. Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Emmanuelle DELEAU-BOUGES,
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre patience, vos conseils, et un grand merci pour votre écoute et votre expérience durant mon stage en SASPAS.

A Madame le Docteur Christelle TOURAINE-RICHARD, j'ai eu la chance de te rencontrer lors de mon stage en niveau 1, je tenais à te remercier pour tout ce que tu m'as apportée. Merci pour ta bienveillance, ton écoute et la confiance que tu m'as accordée.

A Monsieur le Docteur Christophe LE SAOUT, merci pour la transmission de ton savoir durant mon SASPAS. Un grand merci pour tous tes conseils, pour ta présence et ta générosité.

Aux Docteurs RIGAULT, LAFARGUE et PASTRE, merci pour votre enseignement et nos échanges durant mes stages de niveau 1 et de SASPAS.

Un grand merci au service de **Gériatrie du CH de Niort**, aux **Urgences du CH de Niort,** au service des **Urgences Pédiatriques et à la maternité du CHU de Poitiers**, au service de **Cardiologie du CH de Châtellerault** : je tenais à vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservée à chaque stage, ce fut un plaisir de travailler avec vous. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux **Docteurs JOUTEAU, HERAULT, FIZELIER** et à l'ensemble de la **maison médicale de Vivonne** : merci pour votre soutien, votre compréhension et votre confiance.

A **Chloé DESHAYES**, un grand merci pour ton travail, pour ton aide, ta patience et ta disponibilité, sans toi ce travail n'aurait pas le même résultat !

A mes parents, Geneviève et Louis : sans vous je n'en serai pas là aujourd'hui. Merci pour tous les sacrifices que vous avez faits pour que je puisse arriver jusqu'ici. Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez soutenue dans les bons comme dans les mauvais moments. Je vous en serai éternellement reconnaissante et j'espère que vous êtes fiers.

A mes beaux-parents, Bernadette et Roland : je vous remercie pour votre soutien, vos encouragements et votre présence. Merci de l'aide apportée pour ce travail.

A ma sœur, Aude : nos caractères nous opposent mais tu as toujours su être là pour moi. Merci pour ta présence.

A mes grands-parents, j'espère que de là où vous êtes, vous êtes fiers de moi. Une pensée particulière à toi mamie Simone qui aurait tant aimé être présente pour l'aboutissement de ce travail.

A mes belles-sœurs et mes beaux-frères : merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille, vous m'avez toujours considérée comme un membre à part entière. La seule belle-sœur Guillaud vous en remercie !

A mes neveux et nièces, Anaëlle, Timéo, Pauline, Antoine, Valentin, Jonathan, Chirine, Cléio, Shayna, Charly, Elora et Aymen qui me comblent de joie et de bonheur.

Aux **Magics Disney** : Jordan, Valentine, Charlotte, Clémence, Vincent sans oublier mes neveux et nièces de cœur Martin et Eva. Vous avez toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments. Vous m'avez toujours encouragée et soutenue et je vous en suis tellement reconnaissante. Vous êtes bien plus que des amis en or, vous êtes de la famille. J'espère que la route ensemble sera encore longue et riche en émotions avec la version 2.0 ! Merci à vous tous.

A Claire, Florent et Elisa : même si vous êtes éloignés de nous par la distance, vous êtes toujours présents par la pensée et les moments partagés ensemble sont encore plus savoureux.

A Marie et Pablo, merci pour votre aide, votre présence et votre soutien. C'est une chance de vous avoir à mes côtés, vous êtes toujours présents et je vous en suis reconnaissante. Merci à vous.

A la grande Anne, une amitié est née grâce à l'internat ! En même temps, on a quand même passé la moitié de notre internat ensemble ! Merci pour tous ces bons moments.

A Audrey, Anthony, Tanya et Adrien, Elsa, **JC** pour tous les bons moments passés durant ces années d'études.

Enfin **A toi, Marie-Eugène**. Nos chemins se sont rencontrés sur les bancs de la fac et nous avons tracé notre route ensemble. Ces quelques mots ne suffiront pas à exprimer toute ma gratitude. Merci pour ton aide, ton soutien, ta confiance et ton assurance. Tu es un pilier et je n'en serai peut-être pas là aujourd'hui si tu n'avais pas été présent. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Je t'AiME.

LISTE DES ABREVIATIONS :

- CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CRP-IMG : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale
- DES : Diplôme d'Études Spécialisées
- DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
- DMG : Département de Médecine Générale
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DU : Diplôme Universitaire
- ECN : Examen Classant National
- GEAPI : Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques d'Internes
- IMG : Internes de Médecine Générale
- MDS : Maître de Stage
- MG : Médecine Générale
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé
- SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization of Family Doctors)

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION : 10

1. Contexte et Problématique 10
2. Objectifs de l'étude 11

II. PREAMBULE : Généralités 12

1. Le DES de Médecine Générale 12
2. Le SASPAS 12

III. MATERIEL ET METHODES 14

1. Schéma Général de l'étude 14
2. Population étudiée 14
3. Le recueil de données 15
4. Critère de jugement principal 16
5. Analyse statistique 16

IV. RESULTATS 17

1. Taux de réponse et diagramme de flux 17
2. Caractéristiques de la population étudiée : 18
   - 2.1 Sexe 18
   - 2.2 Âge 18
   - 2.3 Promotion 18
   - 2.4 Thèse 19
   - 2.5 Réalisation SASPAS 20
3. Caractéristiques du SASPAS : 21
   - 3.1 Période de réalisation 21
   - 3.2 Caractéristiques des maîtres de stage 22
   - 3.3 Attentes principales avant la réalisation du stage 23
   - 3.4 Impact des débriefings 23
   - 3.5 Réalisation de remplacements avant le stage 24
   - 3.6 Note du stage 24
4. Activité Actuelle : 24
   - 4.1 Répartition 24
   - 4.2 Remplaçants 25
   - 4.3 Installés ou Collaborateurs 26
   - 4.4 Salariés 27
5. Les Difficultés ressenties lors du début d'exercice : 27
   - 5.1 Réponse au critère de jugement principal 27
   - 5.2 La synthèse des résultats 28
6. Autres résultats : 29
   - 6.1 Devenir maître de stage 29
   - 6.2 Obligation du stage dans la maquette 29
   - 6.3 Commentaires libres 29

V. DISCUSSION **30**

1. Principaux résultats 30
2. Comparaison avec les données de la littérature 30
   - 2.1 Difficultés ressenties 30
   - 2.2 Population étudiée 33
   - 2.3 Activité actuelle 34
3. Forces et limites de l'étude : 37
   - 3.1 Forces 37
   - 3.2 Limites 38
4. Perspectives d'amélioration et pistes de recherche : 39
   - 4.1 SASPAS obligatoire 39
   - 4.2 Favoriser le choix de la Médecine Générale 39
   - 4.3 Formation des maîtres de stage 40
   - 4.4 Améliorer la formation sur certains points 41
   - 4.5 Augmenter le taux de participation 41

VI. CONCLUSION **42**

VII. BIBLIOGRAPHIE **43**

VIII. ANNEXES **46**

Annexe 1 : Démographie médicale 46
Annexe 2 : Les six compétences de la MG 47
Annexe 3 : Questionnaire 48
Annexe 4 : Mail adressé aux internes lors de l'envoi du questionnaire 52
Annexe 5 : Commentaires libres 53
Annexe 6 : Nombres de postes en SASPAS disponibles durant l'inclusion 56

RESUME **57**

SERMENT **58**

I. INTRODUCTION

1. **Contexte et problématique** :

A l'heure où la Santé est au cœur des préoccupations de notre société, le médecin généraliste reste l'élément central du parcours de soins en France. Avec la « stratégie nationale de santé 2018-2022 » et le projet de loi « ma santé 2022 », les soins primaires ou de premier recours restent « un maillon essentiel pour la performance globale du système de santé » (1,2).

La démographie médicale actuelle est marquée par un manque de médecins généralistes, comme le montre le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) avec l'atlas de la démographie médicale (3). En 2018, la France comptait 87 801 médecins généralistes en activité régulière contre 94 261 en 2010, soit une baisse de 7,3% depuis 2010 et 0,4% par rapport à 2017 (3). La projection d'ici 2025 des médecins en activité régulière est assez alarmante puisqu'on on notera une baisse de 26% par rapport à 2007 (annexe 1). Le vieillissement des médecins en activité (moyenne d'âge à 50,6 ans) et leur départ en retraite explique cette tendance (3). Avec l'augmentation du numérus clausus, le nombre de postes en Médecine Générale (MG) proposé lors des choix à l'Examen Classant National (ECN), n'a cessé d'augmenter depuis ces dernières années représentant 39% des postes proposés à l'ECN en 2018 (4). Il faut souligner qu'à l'issue de ces choix, en moyenne 6% des postes de MG ne sont pas pourvus, en corrélation avec le nombre total de postes non pourvus (5). Cependant, le renouvellement générationnel concernant les médecins généralistes est encore insuffisant (3).

Le CNOM (3) souligne que depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3,5 points) au profit de l'activité salariale (+ 4 points). Effectivement, 46,5% des médecins généralistes sont salariés contre 42,8% en libéral et 10,7% présentent une activité mixte. En même temps, jusqu'en 2017, le choix de la MG à l'ECN n'était pas spécifique car elle permettait d'avoir accès notamment à la Médecine d'Urgence ou à la Gériatrie. Il faut donc essayer de favoriser au mieux l'exercice libéral.

En 2004, la MG est devenue une spécialité à part entière et le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de MG a été créé (6). Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a édité en 2006 un référentiel de compétences (7) que l'interne

doit acquérir durant sa formation, à partir des compétences définies par la WONCA (World Organization of Family Doctors) en 2002 (8).
L'ancienne maquette de MG permettait seulement un stage en milieu ambulatoire obligatoire au cours du DES, le stage chez le praticien, dit stage de niveau 1. Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires avec Autonomie Supervisée (SASPAS), réalisé en dernière année, facultatif, a été mis en place en 2004.

Ce stage, dit professionnalisant, a pour objectif d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la MG ambulatoire. Le but est de réaliser des consultations en autonomie, dans différents cabinets, avec une supervision indirecte (débriefings) des dossiers vus au cours de la journée avec le maître de stage (MDS). Ce stage était choisi selon le rang de classement à l'ECN au sein de la promotion et en fonction des postes disponibles. Le SASPAS est maintenant devenu obligatoire pour les internes issus de la promotion 2017 et doit être réalisé au cours des deux derniers semestres du DES de MG (9).

Plusieurs travaux de thèses se sont intéressés à ce stage, notamment sur la progression des compétences avant et après stage, sur l'évaluation et le ressenti des internes, des MDS et des patients. Concernant l'influence du stage sur la pratique, des études, datant de plus de cinq ans, ont été réalisées en région Bretagne, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Bourgogne mais jamais en région Poitou-Charentes. L'hypothèse principale de cette étude est que le début d'exercice des jeunes médecins généralistes est facilité par le SASPAS.

2. Objectifs :

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le SASPAS a une influence sur le début d'exercice des jeunes médecins généralistes issus des promotions 2012, 2013 et 2014 de la faculté de médecine de Poitiers.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence du SASPAS sur l'installation des jeunes médecins.

II. PREAMBULE : GENERALITES

1. DES de Médecine Générale :

Créé depuis 2004, il dure 3 ans et allie formation pratique et théorique. Le but est d'acquérir les six compétences de la MG, définies par le CNGE et illustrées par la marguerite présentée en annexe 2 :

- Premier recours, urgence ;
- Relation, communication, approche centrée-patient ;
- Approche globale, prise en compte de la complexité ;
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire ;
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ;
- Professionnalisme.

La formation pratique se déroulait, pour les internes concernés par notre étude :

- Stages obligatoires :
  - un semestre en médecine d'urgence ;
  - un semestre en médecine adultes (médecine polyvalente, gériatrie, médecine interne…) ;
  - un semestre en pédiatrie et/ou gynécologie (ambulatoire ou hospitalier) ;
  - un semestre auprès d'un médecin généraliste : stage de niveau 1.
- Stages au choix :
  - un stage au centre hospitalier universitaire ;
  - un SASPAS ;
  - un stage libre, selon le projet professionnel.

Par conséquent, les Internes de Médecine Générale (IMG) réalisaient seulement un semestre obligatoire en ambulatoire, le SASPAS étant facultatif.

2. Le SASPAS :

Il fut créé par la circulaire du 26 avril 2004 définissant ainsi ses modalités et son contenu, et reprenant les recommandations du groupe de travail Nemitz (établi pour mettre en œuvre ce stage en 2002) (10). L'interne consulte toute la journée en autonomie supervisée, avec trois terrains de stage en général. Il est sous la responsabilité du MDS et les différents textes qui régissent le stage précisent notamment :

- que dans tous les cas, l'IMG exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du MDS dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri hebdomadaires de révision de dossiers (=débriefings) ;
- qu'il doit réaliser 6 à 12 actes par demi-journée en moyenne. Sur la faculté de Poitiers, le nombre maximum de consultation par jour est fixé à 25 ;
- Que les honoraires générés par l'activité de l'interne sont perçus par le MDS. L'interne continue à percevoir sa rémunération via le centre hospitalier de rattachement.

Les objectifs pédagogiques du SASPAS 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….

A la faculté de médecine de Poitiers, ce stage a été mis en place en 2003 et le nombre de postes ne cesse de croître depuis. En 2010, on comptait 24 postes par semestre sur une promotion de 100 internes. Durant notre étude le nombre de postes disponibles étaient :

- 57 postes de SASPAS pour les deux semestres de novembre 2014 à octobre 2015,
- 65 postes en 2015-2016,
- 78 postes en 2016-2017.

Ainsi, en fonction des promotions, entre 60 et 70% des internes avaient accès à ce stage en fonction de leur classement.

III. MATERIEL ET METHODES

1. Schéma général de l'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive, rétrospective par questionnaire anonyme, adressé aux anciens IMG des promotions 2012, 2013 et 2014 de la faculté de Médecine de Poitiers.

2. Population étudiée :

Trois promotions d'IMG, ont été choisies afin d'avoir suffisamment de personnes incluables et assez de recul, pour évaluer leur début d'exercice et leur projet professionnel.

Les critères d'inclusion des sujets étaient :

- Avoir obtenu le DES de MG,
- Être issu des promotions 2012, 2013 et 2014 de MG de de la faculté de Médecine de Poitiers.

Les critères de non inclusion étaient :

- IMG ayant validé un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) notamment le DESC de Médecine d'Urgence,
- Droit au remords,
- Internat hors ancienne région Poitou-Charentes,
- Questionnaires reçus en dehors de la période d'inclusion.

Le questionnaire a été diffusé par courriel. Pour récupérer les adresses électroniques, plusieurs moyens ont été utilisés :

- La scolarité de la faculté de Médecine de Poitiers. Après vérification auprès des modérateurs, le questionnaire a été diffusé aux internes des trois promotions via la mailing-list universitaire ;
- La liste des remplaçants en MG du Poitou-Charentes avec leur coordonnées, fournie par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) ;
- Contacts personnels et connaissances : ancienne liste de mails lors des stages effectués, planning de garde et mails diffusés aux remplaçants ;
- Les réseaux sociaux (Facebook, Messenger ®) afin de contacter des anciens internes de ces promotions pour qu'ils fournissent leur adresse mail.

Le Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale (CRP-IMG), le syndicat des IMG, a également été sollicité se soldant par un refus de diffuser la liste et les coordonnées des anciens adhérents pour raison de confidentialité.

3. Le recueil de données :

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme Google Form ®. Le logiciel est gratuit et accessible à tous, facile d'accès et de manipulation. Les réponses étaient anonymes.

En raison d'un rappel trop tardif de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), alors que les questionnaires étaient déjà envoyés, il a été convenu ensemble et mentionné, qu'une réponse au questionnaire servait d'équivalence à un consentement libre, éclairé et spécifique de la part du répondant pour le traitement des données (annexe 4).

Compte tenu qu'il existait déjà des études sur l'évaluation des compétences de MG avant et après stage, le questionnaire a été établi en développant uniquement certaines compétences et certains points plus spécifiques, semblant poser des difficultés aux jeunes médecins généralistes, d'après les données de la littérature. Le questionnaire a subi une période de pré-test auprès de deux jeunes médecins généralistes remplaçants et d'un médecin généraliste installé, afin d'étudier sa faisabilité et sa compréhension. Il a été convenu que celui-ci ne devait pas dépasser dix minutes pour favoriser la participation. Il comprenait 4 grandes parties :

- Données socio-démographiques (âge, sexe, promotion, réalisation SASPAS ou non) ;
- Caractéristiques du SASPAS (date, semestre de réalisation, lieu et conditions d'exercice des MDS, attentes avant stage) et les raisons des non SASPAS (choix, contrainte, les motivations à réaliser ce stage) ;
- Activité actuelle : remplaçant thésé ou non thésé (lieu des remplacements, région d'exercice, planning de garde, projet futur) installé ou collaborateur (lieu, date, type, mode et conditions d'exercice), salarié (raisons, formation complémentaire) activité mixte ;
- Les difficultés ressenties lors du début d'exercice avec 13 questions englobant des points spécifiques des compétences de MG : gestion globale du cabinet (secrétariat, logiciel, tenue des dossiers, comptabilité, gestion administrative, organisation du temps de travail), la relation médecin-malade, les urgences et

premier recours en MG, la coordination et le réseau de soins, les pathologies rencontrées en MG.

- Avis et suggestions sur le stage : commentaire libre.

La majorité des questions étaient à choix unique, seulement 6 étaient à choix multiples (attentes du stage, les raisons de ne pas faire de SASPAS, les conditions d'exercice des trois MDS et la façon de trouver leur installation). L'intégralité du questionnaire est disponible en annexe 3.

L'inclusion a eu lieu du 10 décembre 2018 au 25 janvier 2019. Une première relance a été effectuée le 14 janvier 2019 et une seconde le lundi 21 janvier 2019. Les réponses ont été clôturées le vendredi 25 janvier 2019. Lorsqu'un jeune médecin généraliste avait répondu au questionnaire, il lui était demandé d'envoyer un mail de confirmation pour éviter qu'il ne reçoive les relances.

4. Critère de jugement principal :

Pour déterminer l'influence du SASPAS, le critère de jugement principal était d'évaluer et de comparer, entre SASPAS et non SASPAS, les difficultés ressenties lors du début d'exercice des jeunes médecins généralistes.

Le critère de jugement secondaire avait pour but d'évaluer l'influence du SASPAS sur le devenir professionnel et notamment l'installation des jeunes médecins généralistes.

5. Analyse statistique :

L'analyse et le recueil des données, anonymes, ont été réalisés via le logiciel Excel® (Microsoft Corporation, Richmond Virginie, USA) pour PC, puis transmis à une interne du département de Santé Publique du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Poitiers pour les statistiques. Les difficultés ressenties des jeunes médecins ont été évaluées grâce à l'échelle de Likert, allant de 1 à 4 (1 étant considéré comme très facile, 2 facile, 3 difficile et 4 très difficile). Pour les statistiques, les résultats ont été regroupés en mode binaire (facile versus difficile). Les variables qualitatives ont été comparées par un test du Chi^2 ou un test de Fisher selon les effectifs. Un seuil de significativité de 5% a été retenu.

IV. RESULTATS

1. Taux de réponse et diagramme de flux :

Au total, les promotions 2012, 2013 et 2014 comptaient 373 IMG à leur inscription. Parmi eux, 44 étaient exclus de l'étude : 41 DESC de Médecine d'Urgence sur les trois promotions, un droit au remords dans la promotion 2013, un hors filière (Soins Palliatifs) et l'investigatrice. La mailing-list du CDOM, les contacts personnels et les réseaux sociaux ont permis de récupérer 161 adresses mails personnelles.

Au total, 329 questionnaires ont été distribués. Le premier envoi a permis de récolter 111 réponses, 24 réponses lors de la première relance et 4 réponses lors de la 2e relance. Au total, 139 réponses ont été obtenues, soit une participation de 42,25%. Deux ont été secondairement exclus : l'un étant hors filière et l'autre de la promotion 2015.

Ainsi 137 réponses ont pu être analysées soit un taux de participation à 41,64%.

Le diagramme de flux de l'étude est présenté en figure 1.

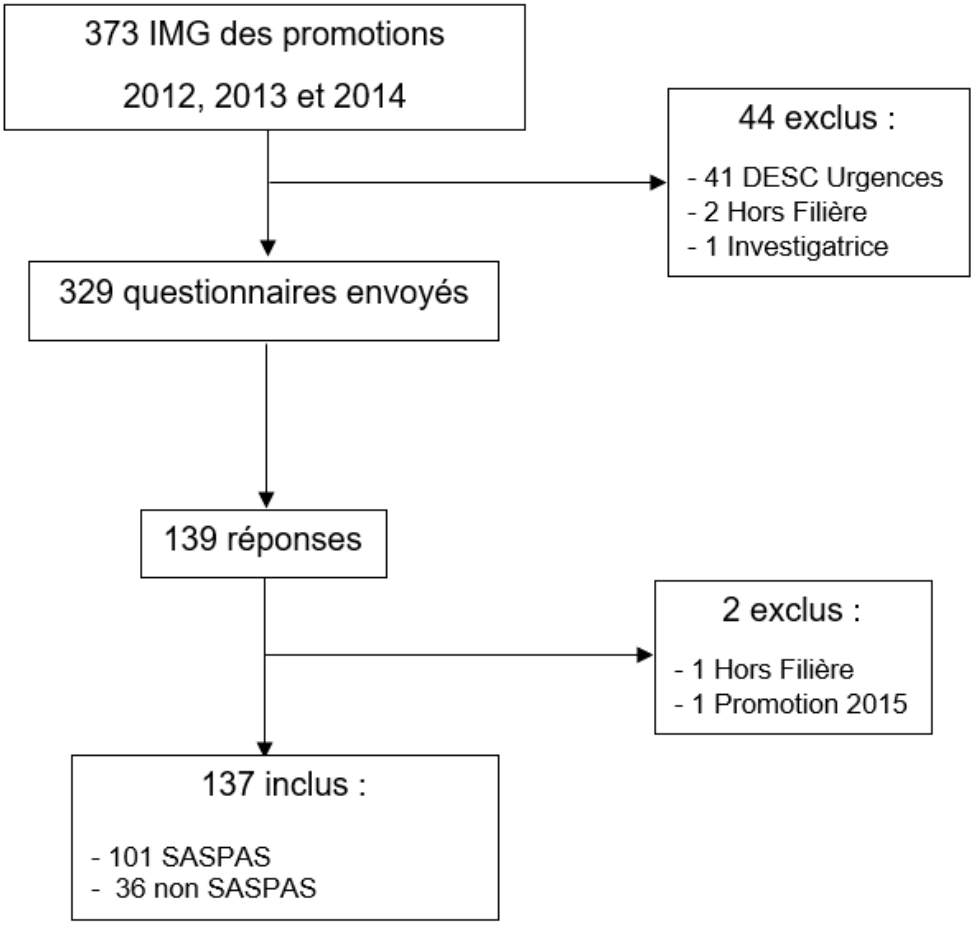


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population étudiée :

2.1 Sexe :

Sur les 137 participants, 91 étaient des femmes (66,4%) contre 46 hommes (33,6%).

Dans le groupe SASPAS (n=101) :

- 68 étaient des femmes (67%),
- 33 hommes (33%).

Dans le groupe non SASPAS (n=36) :

- 23 étaient des femmes (64%),
- 13 hommes (36%).

Les groupes étaient comparables sur cette variable puisqu'il n'y avait pas de différence significative (p= 0.7076).

2.2 Âge :

Parmi les 137 participants, 79 avaient entre 30 et 34 ans (57,7%), 56 entre 25 et 29 ans (40,9%) et seulement 2 avaient entre 35 et 39 ans (1,4%). La majorité des répondants avaient donc entre 25 et 34 ans (98,5%).

Dans le groupe SASPAS il y avait :

- 47 personnes entre 25-29 ans (47%),
- 54 personnes entre 30-34 ans (53%),
- 0 personne entre 35-39 ans.

Dans le groupe non SASPAS il y avait :

- 9 personnes entre 25-29 ans (25%),
- 25 personnes entre 30-34 ans (69%),
- 2 personnes entre 35-39 ans (6%).

Il existait une différence significative entre les deux groupes (p=0.0065). La répartition dans le groupe SASPAS était homogène entre les 25-29 ans et les 30-34 ans alors que parmi le groupe non SASPAS, la majorité avait entre 30-34 ans.

2.3 Promotion :

La figure 3 présente les échantillons en fonction des différentes promotions.

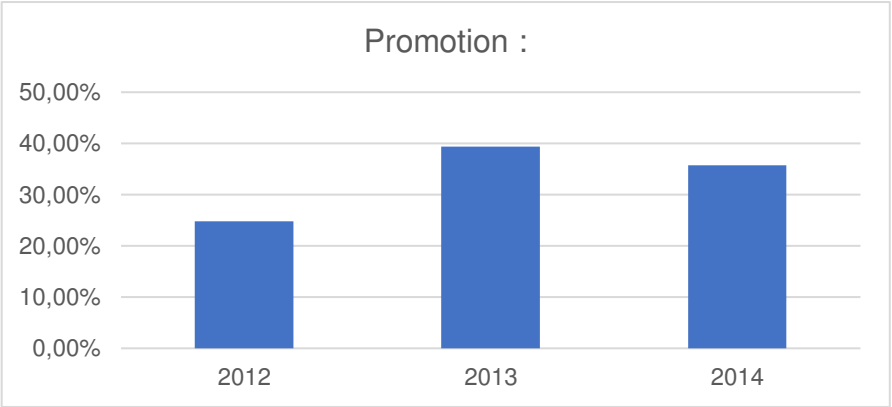


Figure 2 : Représentation de l'échantillon selon la promotion d'origine

Dans le groupe SASPAS, il y avait :

- 24 personnes (71%) de la promotion 2012,
- 41 personnes (76%) de la promotion 2013,
- 36 personnes (74%) de la promotion 2014.

Dans le groupe non SASPAS, il y avait :

- 10 personnes (29%) de la promotion 2012,
- 13 personnes (24%) de la promotion 2013,
- 13 personnes (26%) de la promotion 2014.

La répartition était homogène entre les deux groupes, sans différence significative (p=0.8567).

2.4 Thèse :

Parmi les 137 réponses :

- 46 n'avaient pas encore validé leur thèse (33,6%),
- 91 avaient déjà validé leur thèse (66,4%).

Dans le groupe SASPAS, il y avait :

- 32 personnes (32%) n'ayant pas validé leur thèse,
- 69 personnes (68%) thésées.

Dans le groupe non SASPAS, il y avait :

- 14 personnes (39%) n'ayant pas validé leur thèse,
- 22 personnes (61%) ayant validé leur thèse.

Les groupes étaient comparables puisqu'il n'y avait pas de différence significative pour la soutenance de la thèse entre les SASPAS et les non SASPAS (p=0.4318).

2.5 Réalisation SASPAS :

Sur les 137 réponses analysées, 101 répondants ont effectué un stage SASPAS (73,7%) et 36 non SASPAS (26,3%).

Sur les 101 personnes ayant réalisé le SASPAS :

- 99 personnes (98%) ont choisi de réaliser ce stage,
- 2 personnes (2%) y ont été contraintes (stage restant en dernier lors des choix).

Sur les 36 personnes n'ayant pas fait de SASPAS :

- Pour 23 d'entre elles (64%), il n'y avait plus de postes disponibles lors des choix,
- Pour les 13 autres (36%), c'était un choix volontaire de ne pas réaliser de SASPAS.

Les raisons évoquées pour ces 13 personnes étaient (par ordre de fréquence) :

- La localisation des stages,
- Le souhait d'approfondir ses compétences avec un nouveau stage hospitalier,
- La mauvaise expérience du niveau 1 (SASPAS « déguisé »),
- Le souhait de ne pas exercer en libéral,
- La nécessité de faire un stage hospitalier pour valider sa maquette de MG,
- Le choix de faire plutôt des remplacements et d'apprendre directement « sur le tas » et « par soi-même ».

Aucune de ces 13 personnes n'a coché l'aspect financier et une éventuelle mauvaise appréciation du stage comme étant une raison de ne pas réaliser de SASPAS.

Pour les 23 personnes qui auraient voulu réaliser ce stage mais qui ne pouvaient pas faute de stage disponible, leurs motivations à effectuer ce stage étaient, par ordre de fréquence :

- Améliorer les compétences en MG pour 19 d'entre elles (83%),
- Gestion administrative pour 16 d'entre elles (70%),
- Prendre confiance en soi pour 16 personnes (70%),
- Orienter son projet professionnel pour 7 personnes (30%),
- Eviter un stage hospitalier pour 7 personnes (30%),
- Avoir du temps libre pour travailler pour 4 personnes (17%).

La synthèse des résultats concernant les données socio-démographiques est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques socio-démographiques

	n= 137 (100%)	SASPAS = 101 (74%)	Non SASPAS = 36 (26%)	p
Sexe :				
Masculin	46 (34%)	33 (33%)	13 (36%)	p = 0.7076
Féminin	91 (66%)	68 (67%)	23 (64%)	
Âge :				
25-29 ans	56 (41%)	47 (47%)	9 (25%)	p = 0.0065 *
30-34 ans	79 (58%)	54 (53%)	25 (69%)	
35-39 ans	2 (1%)	0 (0%)	2 (6%)	
Promotion :				
2012	34 (25%)	24 (24%)	10 (28%)	p = 0.8567
2013	54 (39%)	41 (41%)	13 (36%)	
2014	49 (36%)	36 (36%)	13 (36%)	
Thèse :				
Validée	91 (66%)	69 (68%)	22 (61%)	p = 0.4318
Non Validée	46 (34%)	32 (32%)	14 (39%)	

3. Caractéristiques du SASPAS :

3.1 Période de réalisation :

Sur 101 personnes ayant réalisé un SASPAS :

- 72 (71,3%) l'ont réalisé au cours de leur sixième semestre,
- 27 (26,7%) au cours du 5e semestre,
- 2 personnes (2%) au 7e semestre après un semestre de disponibilité pour l'une et après un congé maternité pour l'autre.

Les dates de réalisation s'étalaient de novembre 2014 à avril 2018 :

- 77 personnes (76,2 %) ont réalisé ce stage de novembre 2015 à octobre 2017,
- 15 personnes (14,8%) de novembre 2014 à octobre 2015,
- 9 personnes (8,9%) de novembre 2017 à avril 2018.

La figure 3 illustre ces résultats.

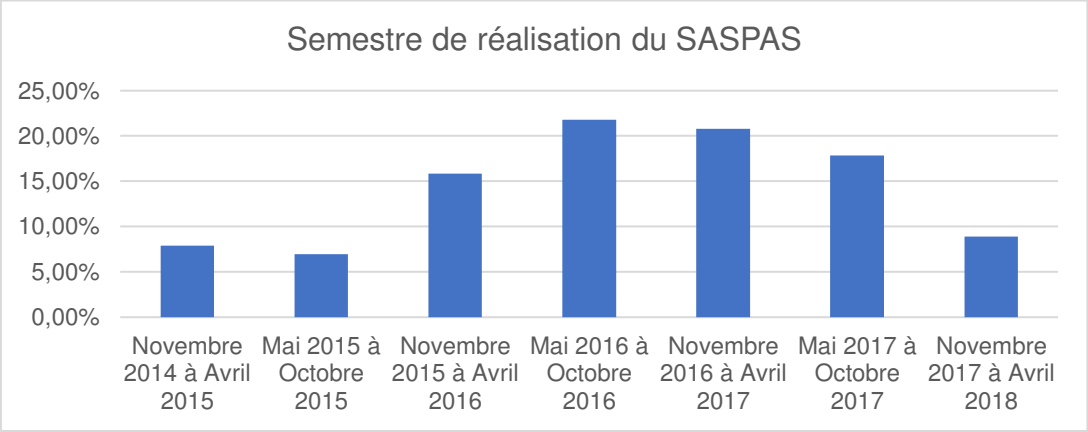


Figure 3 : Réalisation du SASPAS selon le semestre

3.2 Caractéristiques des MDS :

La totalité des répondants ayant fait un SASPAS (n=101) avaient 3 MDS durant leur stage. Le nombre de consultations était, pour 66 personnes entre 15 et 20 (65,3%), pour 24 entre 20 et 25 (23,8%), 5 personnes effectuaient entre 25 et 30 (4,9%) actes par jour en moyenne et seulement 1 personne à plus de 30 (1%). A contrario, seulement 5 personnes effectuaient moins de 15 actes par jour (4,9%).

Quatre-vingt-dix-sept personnes sur 101 (96%) travaillaient 3 jours par semaine et 4 personnes 4 jours par semaine (4%).

Concernant le lieu d'exercice des MDS, plusieurs réponses étaient possibles en fonction des trois terrains de stage. Le tableau 2 synthétise les résultats obtenus.

Tableau 2 : Lieu d'exercice des maîtres de stage

Lieu d'exercice :	n = 101	n = 100 %
Rural	18	17,8%
Rural, Semi-rural	19	18,8%
Rural, Semi-rural, Urbain	11	10,9%
Rural, Urbain	12	11,9%
Semi-rural	18	17,9%
Semi-rural, Urbain	16	15,8%
Urbain	7	6,9%

Parmi les 3 MDS, il y avait 60 réponses (59,4 %) incluant un cabinet situé en milieu rural, 64 (63,4%) avec au moins un cabinet en semi-rural et 46 (45,5%) en milieu urbain. La majorité des terrains de stage étaient soit en milieu rural et semi-rural pour 19 réponses (18,8%), soit exclusivement en rural ou exclusivement en semi-rural avec

18 réponses (17,8%). Concernant les conditions d'exercice des MDS, le tableau 3 présente les réponses retrouvées.

Tableau 3 : Conditions d'exercice des maîtres de stage

Conditions d'exercice :	n = 101	n = 100 %
Cabinet de groupe	38	37,6%
Cabinet de groupe, MSP	16	15,8%
MSP	4	4%
Seul, Cabinet de groupe	23	22,8%
Seul, Cabinet de groupe, MSP	11	10,9%
Seul, MSP	9	8,9%

Légende : MSP = Maison de Santé Pluridisciplinaire

Les MDS exerçaient exclusivement en cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire (MSP) pour 58 d'entre eux (57,4%). Les trois conditions d'exercice (seul, MSP et cabinet de groupe) étaient présentes dans 10.9% des stages proposés.

3.3 Attentes principales avant la réalisation du stage :

Les réponses retrouvées, concernant les attentes du stage étaient, par ordre de fréquence :

- Améliorer les compétences en MG : 96 des 101 personnes (95%),
- Prendre confiance en soi : 86 personnes (85,2%),
- Gestion administrative du cabinet : 82 personnes (81,2%),
- Avoir du temps libre pour travailler à côté (thèse, mémoire) : 46 personnes (45,5%),
- Orienter mon projet professionnel : 40 personnes (39,6%),
- Eviter stage hospitalier : 30 personnes (29,7%).

Ainsi sur les 124 personnes voulant réaliser un SASPAS avant les choix de stage, les trois attentes principales étaient : améliorer ses compétences en MG, prendre confiance en soi et la gestion administrative.

3.4 Impact des débriefings :

Concernant la réponse à l'impact du débriefing sur la pratique quotidienne des jeunes médecins généralistes, 92 personnes ont répondu oui (91,1%) contre 5 personnes (4,9%) avec une réponse négative. Quatre personnes (4%) ont répondu « je ne sais pas ».

3.5 Réalisation de remplacement avant stage :

Il y avait 39 participants (38,6%) ayant effectué des remplacements avant leur stage en SASPAS.

3.6 Note du stage :

Soixante et une personnes (60,4%) ont donné une note globale à 4/4 soit excellente, 39 (38,6%) ont attribué la note de 3/4 (très bien) et 1 personne (1%) a mis 2/4 (insuffisante). Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des répondants attribuaient donc une note satisfaisante à leur stage.

4. Activité actuelle :

4.1 Répartition :

Parmi les 137 inclus, il y avait :

- 16 collaborateurs (11,7%),
- 27 installés (19,7%),
- 46 remplaçants non thésés (33,6%),
- 35 remplaçants thésés (25,5%),
- 13 salariés (9,5%),
- Pas de répondant avec une activité mixte : salarié et libéral.

Il n'existait pas de différence significative entre les SASPAS et les non SASPAS concernant leur activité actuelle : p=0.0798. Le tout est résumé par la figure 4.

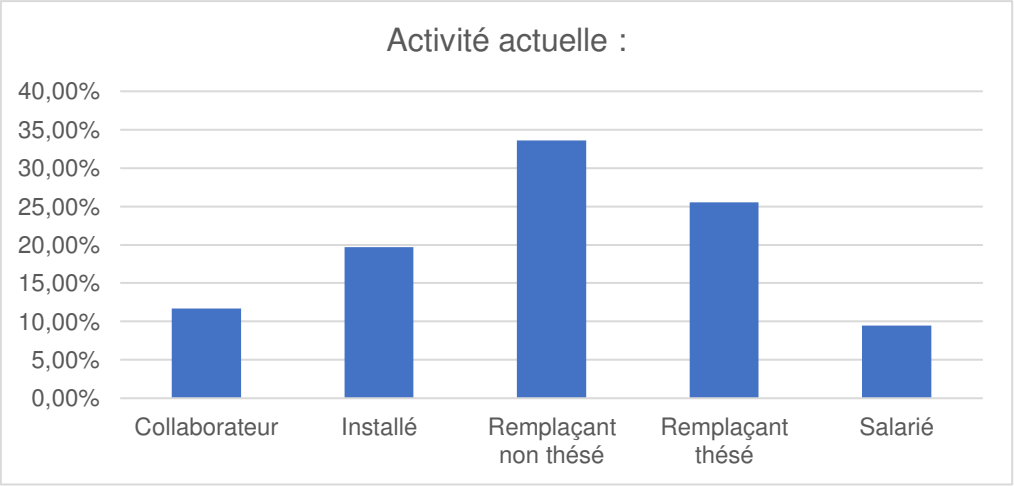


Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon l'activité actuelle

La répartition en fonction des différentes promotions est regroupée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Activité actuelle selon la promotion d'origine

Activité actuelle	Promotion 2012	Promotion 2013	Promotion 2014	Total général
Collaborateurs	5 (14.7%)	8 (14.8%)	3 (6.1%)	16 (11.7%)
Installés	7 (20.6%)	16 (29.6%)	4 (8.2%)	27 (19.7%)
Remplaçants non thésés	3 (8.8%)	17 (31.5%)	26 (53.1%)	46 (33.6%)
Remplaçants thésés	13 (38.2%)	10 (18.5%)	12 (24.5%)	35 (25.5%)
Salariés	6 (17.7%)	3 (5.6%)	4 (8.1%)	13 (9.5%)
Total général	**34 (100%)**	**54 (100%)**	**49 (100%)**	**137 (100%)**

4.2 Remplaçants :

Quatre-vingt-une personnes (59%) étaient remplaçants, dont 35 (43%) avaient soutenu leur thèse. Cinquante-huit avaient réalisé un SASPAS (71,6%) contre 23 non SASPAS (28,4%).

Parmi les 81, 47 (58%) remplaçaient leurs anciens MDS. Ainsi, 11 SASPAS sur les 58 n'effectuaient pas de remplacements chez leurs anciens MDS (19%). Concernant les remplacements au sein des cabinets des anciens MDS, 43 personnes ont répondu positivement (53%) et 38 négativement (47%). Ainsi, 43 SASPAS (74%) ont déjà remplacé au moins une fois au sein du cabinet de leurs anciens MDS.

Trente-sept des 81 personnes interrogées ont un projet d'installation (45,7%). Parmi elles, 18 étaient non thésées (48.6%) et 19 thésées (51.4%). Quarante-quatre effectuaient des gardes de secteur (54,3%).

Concernant la région d'exercice, 56 remplaçants (69%) sont restés dans l'ancienne région Poitou-Charentes et 25 ont quitté la région (pour l'ancienne région Aquitaine majoritairement, l'Ile de France, la Bretagne, les DOM-TOM et le Pays Basque). La raison familiale était mentionnée comme raison de départ (rapprochement familial ou suivi du conjoint), pour 22 personnes, les trois autres ont choisi de partir pour voyager et découvrir une nouvelle expérience.

Que ce soit parmi les remplaçants thésés (p=0.4159) ou non thésés (p=0.7308), il n'y avait pas de différence significative entre SASPAS et non SASPAS sur la région d'exercice.

4.3 Installés ou Collaborateurs :

Sur les 137 répondants, 27 médecins étaient installés et 16 collaborateurs. Trente-six étaient des SASPAS (83,7%) parmi les 43.

Le délai moyen entre le début de l'internat et la soutenance de la thèse était de 46 mois.

Le délai moyen entre la fin de l'internat et l'installation ou la collaboration était de 14,4 mois.

Trente-six personnes (83,7%) étaient restées dans l'ancienne région Poitou-Charentes, 7 ont quitté la région pour cause de rapprochement familial ou conjoint dans la majorité des cas là aussi. Il n'y avait pas de différence significative entre le SASPAS et le non SASPAS sur la région d'installation (p=0.3178).

Vingt-cinq des jeunes médecins généralistes installés ou collaborateurs ont créé leur cabinet (58,1%), les 18 autres (41.9%) ont repris une patientèle existante. La majorité d'entre eux ont trouvé leur lieu d'installation via les remplacements dans 19 cas (44,2%) et via leur stage ambulatoire (niveau 1 et SASPAS) confondus pour 11 répondants (25,6%). Les annonces via les réseaux sociaux, internet et les CDOM représentaient 5 réponses (11,6%), les contrats d'engagement de service public (CESP) 2 réponses (4,6%) et enfin une opportunité dans 11 cas (25,6%).

Sur les 43 installés, la majorité était en milieu semi rural (44.2%) et travaillait en cabinet de groupe ou en MSP (97,7%). Le tableau 5 détaille les résultats.

Tableau 5 : Lieu et conditions d'exercice des installés ou collaborateurs

Lieu du cabinet	**n = 43**	**n = 100 %**
Rural	12	27,9%
Semi-rural	19	44,2%
Urbain	12	27,9%
Conditions d'exercice		
Groupe	27	62,8%
MSP	15	34,9%
Seul	1	2,3%

Vingt-six médecins travaillaient 4 jours par semaine (60,5%), 7 personnes (16,3%) travaillaient 3 jours par semaine, 5 (11,6%) 4 jours et demi et enfin 3 (7%) 5 jours. La moyenne du nombre de jours travaillés par semaine était de 3,9 jours.

Trente-trois personnes (76,7%) effectuaient des gardes de secteur.

4.4 Salarié :

Les salariés représentaient 13 membres de l'étude dont 7 ont réalisé un SASPAS (54%) et 6 non SASPAS (46%).

Parmi les 13 :

- 7 ont réalisé un DU complémentaire (54%),
- 3 avaient une capacité de gériatrie (23%),
- 3 n'avaient aucune formation complémentaire hormis le DES de MG (23%).

Leur lieu de travail se divisait en :

- Centre hospitalier pour 9 d'entre eux,
- Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour une personne,
- Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) et Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) pour une personne,
- Service de soins de suite et réadaptation pour une personne,
- Éducation nationale pour une personne.

Les raisons motivant leur choix étaient (par ordre de fréquence) :

- Emploi du temps plus souple « compatible avec une vie de famille »,
- Pas de charge administrative,
- Congés payés et congé maternité,
- Opportunité lors des stages,
- Travail d'équipe.

5. Difficultés ressenties lors du début d'exercice :

5.1 Réponse au critère de jugement principal :

La gestion des pathologies de MG montrait une différence significative entre SASPAS et non SASPAS avec plus de difficultés dans le groupe non SASPAS (28% versus 7%). Les douze autres items ne révélaient pas de différence significative entre les deux groupes.

Cependant, la gestion administrative posait des difficultés aux deux groupes avec 51% de réponses difficiles pour les SASPAS et 56% pour les non SASPAS. Il en était de même pour la comptabilité puisque 51% des SASPAS éprouvaient des difficultés et 58% des non SASPAS. Les résultats étaient similaires dans les deux groupes concernant la facilité à trouver des remplacements (78%), le choix du secrétariat (81%), la relation médecin-malade (91%) et la coordination des soins (64%).

5.2 La synthèse des résultats :

Le tableau 6 présente les résultats.

Tableau 6 : Synthèse des difficultés ressenties

	SASPAS (n=101)	Non SASPAS (n=36)	Total (n=137)	p
Trouver des remplacements :				
Facile	79 (78%)	28 (78%)	107 (78%)	p = 0.9563
Difficile	22 (22%)	8 (22%)	30 (22%)	
Planning de consultation :				
Facile	82 (81%)	31 (86%)	113 (83%)	p = 0.5046
Difficile	19 (19%)	5 (14%)	24 (17%)	
Choix du secrétariat :				
Facile	82 (81%)	29 (81%)	111 (81%)	p = 0.9338
Difficile	19 (19%)	7 (19%)	26 (19%)	
Gestion du temps de travail :				
Facile	66 (65%)	26 (72%)	92 (67%)	p = 0.4507
Difficile	35 (35%)	10 (28%)	45 (33%)	
Choix du logiciel :				
Facile	83 (82%)	26 (72%)	109 (80%)	p = 0.2034
Difficile	18 (18%)	10 (28%)	28 (20%)	
Tenue des dossiers :				
Facile	93 (92%)	30 (83%)	123 (90%)	p = 0.1963
Difficile	8 (8%)	6 (17%)	14 (10%)	
Gestion administrative :				
Facile	49 (49%)	16 (44%)	65 (47%)	p = 0.6745
Difficile	52 (51%)	20 (56%)	72 (53%)	
Comptabilité :				
Facile	49 (49%)	15 (42%)	64 (47%)	p = 0.4795
Difficile	52 (51%)	21 (58%)	73 (53%)	
1er recours et urgences :				
Facile	83 (82%)	27 (75%)	110 (80%)	p = 0.3526
Difficile	18 (18%)	9 (25%)	27 (20%)	
Relation médecin-malade :				
Facile	92 (91%)	33 (92%)	125 (91%)	p = 1
Difficile	9 (9%)	3 (8%)	12 (9%)	
Pathologies de MG :				
Facile	94 (93%)	26 (72%)	120 (88%)	p =0.0025*
Difficile	7 (7%)	10 (28%)	17 (12%)	
Coordination des soins :				
Facile	65 (64%)	23 (64%)	88 (64%)	p = 0.9599
Difficile	36 (36%)	13 (36%)	49 (36%)	
Réseau de soins :				
Facile	57 (56%)	18 (50%)	75 (55%)	p = 0.5053
Difficile	44 (44%)	18 (50 %)	62 (45%)	

6. Autres résultats :

6.1 Maître de stage :

Sur les 137 répondants, 100 souhaitaient devenir MDS ou l'étaient déjà (73%). Dans le groupe SASPAS, 79 réponses étaient positives (78%) contre 22 réponses négatives (22%). Dans le groupe non SASPAS, 21 personnes sur les 36 ont répondu favorablement (58%). Il existait ainsi une différence significative entres les deux groupes (p=0.0210).

6.2 Obligation du stage dans la maquette :

Parmi les 137 répondants, 102 ont répondu « oui » (74.4%). Dans le groupe SASPAS, 81 ont répondu favorablement (80%) et 20 négativement (20%). Dans le groupe non SASPAS, 21 ont répondu favorablement (58%) contre 15 négativement (42%). Les principales remarques relevées mettant en avant l'obligation pour ceux qui souhaitent faire du libéral.

6.3 Commentaires libres :

Quarante-six commentaires (34%) ont été obtenus. Les points qui en ressortaient étaient :

- Apports du stage : confiance en soi acquise durant le stage et autonomisation progressive, tremplin avant les premiers remplacements à 9 reprises,
- Apprentissage de la gestion de cabinet : administratif, comptabilité, et choix logiciel et secrétariat, cités à 9 reprises,
- Meilleur encadrement du stage : 11 commentaires insistaient sur le fait qu'un encadrement strict doit être nécessaire et que le SASPAS ne doit pas se transformer en « remplacement déguisé »,
- Trouver des remplacements : « réseau de remplacements » grâce au SASPAS cité à 3 reprises,
- Début d'exercice compliqué : 2 personnes n'ayant pas fait de SASPAS mais qui aurait aimé en faire un, éprouvaient le sentiment d'avoir eu plus de difficultés lors de leurs premiers remplacements.

L'intégralité des réponses libres se trouve en annexe 5.

V. DISCUSSION

1. Les résultats principaux :

Cent-trente-sept réponses ont pu être analysées, dont 101 SASPAS. Parmi les 137 répondants, 81 personnes étaient remplaçants (59.1%) dont 37 (45.7%) avaient un projet d'installation. Un remplaçant sur deux avait déjà remplacé son ancien MDS. Les installés étaient au nombre de 27 (19.7%), il y avait 16 collaborateurs (11.7%) et 13 salariés (9.5%). Quatre-vingt-onze personnes avaient validé leur thèse (66.4%).

L'objectif principal de ce travail était de déterminer si le SASPAS avait une influence sur le début d'exercice des jeunes médecins généralistes. La majorité des travaux s'intéressant à ce sujet, montrait une influence de SASPAS sur l'acquisition des compétences en MG. Malgré l'hypothèse de départ, les internes ayant réalisé un SASPAS n'éprouvaient pas plus de facilité dans leur début d'exercice hormis sur un point : la gestion des pathologies de MG. Les principales difficultés ressenties étaient la gestion administrative et la comptabilité (53%).

Concernant l'objectif secondaire, le SASPAS n'avait pas d'influence sur l'installation. Cependant, nous verrons que le mode et le type d'exercice peuvent être influencés par le SASPAS.

Les SASPAS souhaitaient plus facilement devenir MDS par rapport aux non SASPAS.

2. Comparaison avec les données de la littérature :

2.1 Les difficultés ressenties : critère de jugement principal

Le SASPAS avait une influence significative sur la gestion des pathologies rencontrées en MG lors du début d'exercice. D. Fraizy (11) le montrait déjà en 2012, dans le cadre d'un travail évaluant l'influence du SASPAS sur le début d'exercice des jeunes médecins bourguignons. Ce résultat semble logique, étant donné que certaines pathologies ne sont pas ou peu retrouvées en milieu hospitalier, sauf éventuellement durant le semestre réalisé aux Urgences. E Deleau, retrouvait en 2005, que l'interne en SASPAS voyait plus de pathologies aiguës que le MDS (37% versus 22 à 24%) et l'angine (7%) et la rhinopharyngite (7%) étaient parmi les diagnostics les plus fréquemment rencontrés pouvant ainsi expliquer les résultats (12). Cela démontre bien l'importance et l'impact des stages en ambulatoire dans la formation des IMG.

La grande majorité des répondants n'éprouvait aucune difficulté concernant la relation médecin-malade (91%). Plusieurs travaux corroboraient ces résultats. G. Toty (13), évaluant la progression du niveau de compétences avant et après SASPAS en Poitou-Charentes, retrouvait une faible progression sur ce point. M. Viellard (14), travaillant sur les difficultés ressenties lors des premiers remplacements, montrait que l'aspect relationnel n'était pas un problème chez les SASPAS et non SASPAS. De même, F. Tribert (15), évaluant le stress et l'assurance sur la maîtrise des compétences en SASPAS, mettait en évidence que la relation médecin-malade n'était pas perçue comme un facteur de stress. En même temps, cette compétence n'est pas spécifique à la MG ambulatoire mais elle peut avoir des particularités. C. Grégoire (16) montrait, dans son étude sur les freins à la réalisation du SASPAS, que certains internes souhaitaient approfondir cette compétence durant leur stage, estimant que l'aspect relationnel est différent entre le milieu hospitalier, où le patient n'est pas chez lui et on lui impose certains choix, et le milieu ambulatoire où les patients sont dans leur cadre, notamment en visite à domicile. Cela peut expliquer les résultats de D. Fraizy (11), qui retrouvait une influence déterminante du SASPAS dans la relation médecin-malade chez 44% des interrogés et de J. Legrand-Penguilly (17) qui évaluait l'influence du SASPAS sur les internes Brestois en 2009.

La compétence premier-recours/urgences n'était pas influencée par le SASPAS. Pour J Legrand-Penguilly, le SASPAS avait une influence moyenne dans la « gestion des urgences » et D. Fraizy montrait 50% d'influence (11,17).
Le SASPAS étant réalisé en dernière année du troisième cycle, tous les internes ont réalisé un semestre aux urgences avant, ce qui peut expliquer cette absence de différence. Cependant, il existe toujours un manque de confiance en soi sur l'évaluation de cette compétence : Géraldine Toty (13) trouvait une progression faible avant et après stage et il y avait une proportion moindre de réponses « compétents ». M. Viellard (14) relevait également ce point lors de l'évaluation de l'aptitude des premiers remplacements. Certains citaient : « la peur des situations d'urgence, de passer à côté de diagnostic grave » justifiant qu'en stage hospitalier, ils disposaient d'un plateau technique et pas en milieu ambulatoire. La gestion de l'urgence est différente en cabinet, elle doit être prise en charge dans un temps imparti, au milieu des consultations.

L'étude ne révélait pas d'influence significative du SASPAS sur la coordination des soins (64% de réponses faciles pour SASPAS et non SASPAS). E Deleau montrait en 2005 (12), que les internes en SASPAS, voyaient seulement 14% de pathologies chroniques contrairement au MDS (entre 25 et 36%), pouvant expliquer ce résultat.

Concernant la question du réseau de soins, il y a quand même eu 45% de réponses difficiles avec une proportion légèrement supérieure chez les non SASPAS (50% de difficultés ressenties contre 44% chez les SASPAS). J. Legrand-Penguilly (17) retrouvait une influence significative du SASPAS sur les relations entre professionnels de santé et C. Lajzerowicz (18) montrait, en 2017, en évaluant l'acquisition des compétences durant le SASPAS, qu'il y avait une influence sur le fait d'organiser la prise en charge des sujets dans le parcours de soins et de trouver les filières et les réseaux appropriés. Malgré l'absence de significativité dans l'étude, certains commentaires appuyaient ce résultat en mentionnant qu'en remplaçant leurs MDS, ils arrivaient à créer « un réseau de connaissances si on reste dans le département » ou encore « un réseau de soins ». La connaissance des lieux et du fonctionnement d'un cabinet permet d'avoir un impact sur la coordination et le réseau de soins.

Il existait une réelle difficulté ressentie concernant la gestion administrative (53%) et la comptabilité (53%) sans influence significative du SASPAS, corroborant les données de la littérature (13,14,18–21). C'était également évoqué dans les commentaires libres (cités 9 fois sur les 46). Pourtant, c'était une des attentes principales du stage pour 81% des SASPAS et cela figure dans les objectifs de stage énoncés précédemment. Une des justifications plausibles est l'absence ou la faible confrontation à ce problème durant le stage. C. Grégoire montrait d'ailleurs que la gestion administrative et la comptabilité étaient un des freins à l'installation en milieu libéral (16). Il est nécessaire d'y remédier pour favoriser l'exercice ambulatoire, peut-être en améliorant la formation pratique.

Il n'était pas retrouvé d'influence significative du SASPAS sur la gestion logistique du cabinet (secrétariat, logiciel, outil informatique, temps de travail). Ce résultat peut se justifier par l'appropriation rapide des outils informatiques des jeunes médecins et une adaptation rapide à l'environnement de travail, même si la découverte et la prise en main dans un nouveau cabinet restent une source d'appréhension en début de remplacement selon certaines études (14).

2.2 Population étudiée :

La majorité de la population interrogée étaient des femmes sans différence entre SASPAS et non SASPAS, confirmant la féminisation de la profession et les données de la littérature existante (de 53% à 81% (11,13,17,19,21,22)). Le CNOM, retrouvait en 2018, que 47% des effectifs en activité régulière étaient des femmes, toutes spécialités confondues (gain de 9 points depuis 2007), surtout chez les plus jeunes (61% des moins de 40 ans) et elles représentaient 48.2% des généralistes en activité régulière (3).

La quasi-totalité de l'effectif avait un âge compris entre 25 et 34 ans (98.5%) (13,17,19,22). Les non SASPAS étaient légèrement plus âgés que les SASPAS, avec une majorité de 30-34 ans alors que la répartition était homogène chez les SASPAS entre les 25-29 ans et les 30-34 ans.

La promotion 2012 était la moins représentée (25%) par rapport aux promotions 2013 (39%) et 2014 (36%), sans différence entre SASPAS et non SASPAS. Leur boîte mail universitaire a pu être désactivée. Etant moi-même issue de la promotion 2013, cela peut expliquer le fait qu'elle soit plus représentée. Les sujets répondent plus facilement par sympathie. De plus, les contacts sont plus nombreux facilitant la récupération des adresses mails personnelles.

Concernant la réalisation du stage SASPAS, il existait une différence entre les deux groupes avec 101 personnes (74%) ayant réalisé ce stage et 36 (26%) ne l'ayant pas fait. Ce résultat est expliqué par le nombre de postes qui n'a cessé d'évoluer et concernait quasiment 70% de la promotion 2014 (annexe 6). Parmi les 36 n'ayant pas réalisé de SASPAS, 64% auraient voulu en faire un, mais n'y avaient pas accès faute de places. L'obligation actuelle du stage permet de répondre à ce problème.

Les conditions de stage étaient respectées pour la majorité des répondants et 99% étaient satisfaits de leur stage. L'un des apports du stage était la confiance en soi et l'acquisition progressive d'une autonomie, conformément aux 85% des attentes du stage : « gain de confiance », « Il autonomise en douceur ». « À la fin de l'internat je n'avais aucune appréhension pour commencer les remplacements ! » (14,17).

Le point négatif principal, dans 11 commentaires (24%), était la supervision indirecte avec la sensation que le SASPAS ressemblant à un « remplacement déguisé » quand le debriefing n'était pas ou peu réalisé. C'était d'ailleurs un des arguments évoqué pour ne pas réaliser de SASPAS dans l'étude de C. Grégoire (16). Cela démontre l'importance d'un encadrement adapté. D'ailleurs, selon l'étude de Lajzerowicz (18), il

existait un lien entre acquisition des compétences et supervision. Pour 91% des SASPAS interrogés, les débriefings avaient un impact positif dans leur pratique quotidienne. C'est un moment d'échange et de réflexivité avec les MDS, indispensable à la formation.

Le stage a surtout été réalisé en sixième et dernier semestre, conformément à la littérature (11,13,22). Pourtant le nombre de postes proposés était quasiment identique entre les deux semestres (annexe 6). Les IMG préfèrent terminer par ce stage, probablement afin d'effectuer un tremplin avant l'exercice libéral et se préparer au remplacement.

« Avoir du temps pour travailler » était une des attentes choisies par ceux ayant fait un SASPAS, certainement pour se dégager plus de temps pour préparer leur DES de MG (mémoire). Cependant, le SASPAS n'avait pas d'influence sur la validation de la thèse, 33.58% étaient non thésés, majoritairement de la promotion 2014 (53%). Aucune étude n'a réellement démontré l'influence du SASPAS sur ce sujet. Seule J. Legrand-Penguilly (17), avait évoqué l'hypothèse que le SASPAS influencerait le délai de soutenance de la thèse, car la majorité de ses inclus avaient validé leur thèse, mais en pondérant du fait de l'effectif faible. Pour l'ISNAR-IMG, seulement 24,3% des interrogés ayant fini leur cursus avaient soutenu leur thèse (21). L'étude retrouvait un délai moyen, concernant la validation de la thèse, chez les installés ou collaborateurs de 46 mois après le début de l'internat (de 42.7 à 47 mois selon la littérature (17,22)). Les IMG disposent de 6 ans pour valider leur thèse d'exercice. Une soutenance tardive est associée à un exercice ambulatoire, contrairement à l'exercice salarié qui exige la validation du doctorat en médecine (23). On peut se poser la question si une soutenance plus rapide de la thèse aurait un impact sur une installation plus rapide. Pour cela, il est nécessaire d'encadrer les IMG le plus tôt possible, notamment dans l'élaboration de leur sujet.

2.3 Activité actuelle :

Pour la majorité des internes, le projet professionnel était déjà choisi avant le stage (seulement 39.6% des attentes du stage), le SASPAS permettait juste de le confirmer. La littérature montrait que le SASPAS avait une influence sur le projet professionnel [79% pour M. Behringer et 74% pour D. Fraizy (11,17,22)].

Les remplaçants représentaient la plus grande partie de l'effectif, conformément aux données de la littérature (17,19,23). La promotion 2014 comptait la proportion la plus grande de remplaçants avec 77.6%, expliqué par le délai d'un an seulement entre la fin de l'internat et le questionnaire, 50% pour la promotion 2013 et 47% pour la promotion 2012.

Le CNOM soulignait l'augmentation des médecins remplaçants, toutes spécialités confondues, de 22.7% depuis 2010 et de 7.2% par rapport à 2017 (3). La tendance a été confirmée par l'étude (remplact), menée par le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) : entre 2009 et 2016, le nombre de remplaçants a augmenté de 11.5%, 56% d'entre eux étaient thésés, et que seulement un remplaçant sur 10 avait un projet d'installation dans un délai variant d'un à trois ans (24).

La durée moyenne de remplacement varie de 1 à 3 ans selon la littérature (25). Cela explique le délai moyen de l'installation de 14.4 mois après la fin de l'internat (la littérature retrouvait de 10,4 mois après la thèse à 18,6 mois (17,23)). Cette période-là permet un complément de formation, d'acquérir de l'expérience, d'avoir plus de temps pour valider sa thèse et d'affiner son projet professionnel via les cabinets d'exercice (26). De plus, un remplaçant ne possède pas toute la charge administrative et la gestion du cabinet par rapport à un installé ou collaborateur. A peine un remplaçant sur deux (46%) avait un projet d'installation dans notre étude, à plus ou moins long terme. Pourtant, le lien entre la réalisation de remplacements et le projet d'installation en ambulatoire a déjà été montré (26). Le délai éventuellement trop court entre la fin de l'internat et l'envoi du questionnaire peut expliquer que l'effectif ne soit pas plus important.

Plus d'un SASPAS sur deux (58%) remplaçait chez leurs anciens MDS et dans leur cabinet. Il n'existait pourtant aucune influence significative du SASPAS sur la facilité à trouver des remplacements. Cependant, le SASPAS peut ouvrir des portes plus facilement aux remplacements (« excellent reseau de remplacement par la suite maitre de stage et associés) ». Promouvoir les stages en ambulatoire est donc un point essentiel. O. Kandel, étudiant le devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers en 2005, montrait que dans 65% des cas, les remplaçants s'installent dans un cabinet où ils ont remplacé (27).

Il n'existait pas d'influence significative du SASPAS sur l'installation. L'effectif comprenait 19.7% d'installés et 11.7% de collaborateurs dont 84% étaient des

SASPAS. Les données de la littérature sont assez variables concernant cette influence. J. Legrand-Penguilly semblait avoir une influence positive du SASPAS sur ce désir d'installation, 7% avait le même mode d'exercice que durant leur SASPAS et 3 parmi les 12 installés, étaient dans un cabinet de leur SASPAS (17). M. Behringer retrouvait une influence du SASPAS sur le lieu d'installation et 23.9% affirmaient exercer avec un médecin de leur SASPAS (22). Une étude réalisée en 2005, sur les déterminants du projet d'installation des IMG, ne trouvait pas de lien entre SASPAS et maturation d'un projet d'installation, soulignant le fait que les SASPAS sont plus conscients des difficultés et charges de l'exercice libéral (26). Par contre, M. Lorioux montrait que la réalisation du SASPAS est associée à l'exercice de la MG ambulatoire (23). Il faudrait approfondir cette recherche peut-être plus à distance de la fin de l'internat pour pouvoir réévaluer l'installation et l'influence réelle du SASPAS.

Il y avait 16 collaborateurs (11.7%) dans l'étude. Pour rappel, le statut de collaborateur libéral a été mis en place en août 2005 (28). Il se situe à mi-chemin entre un remplacement fixe et une association. Le collaborateur bénéficie de sa propre patientèle, perçoit des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet. Il ne s'occupe donc pas de la gestion logistique du cabinet. C'est souvent une période de transition avant une éventuelle installation. C'est pourquoi la distinction dans l'étude a été faite avec les installés. Il serait intéressant, à distance, d'étudier le devenir des collaborateurs et de voir si ce statut favorise l'installation en ambulatoire.

Concernant les conditions d'exercice des jeunes installés, le lieu et le type d'exercice des cabinets n'ont pas pu être comparés en fonction de leur SASPAS, en raison d'effectif trop faible. Cependant, l'exercice en milieu semi-rural est prépondérant (44%) tout comme leurs terrains de stage (63%). La tendance actuelle est au travail de groupe puisque 97% des installés ont choisi un cabinet de groupe ou une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) (11,27). C'est d'ailleurs pourquoi le nombre de MSP ne cesse de croître (29). Cela permet une meilleure organisation du temps de travail, afin de se dégager plus de temps, en assurant une permanence des soins, d'une part pour la vie personnelle mais aussi pour des formations ou enseignements (30). Cela explique également la moyenne retrouvée de 3.9 jours de travail par semaine, avec 60.5% de l'effectif travaillant 4 jours, soit 8 demi-journées par semaine, corroborant la littérature. M. Couffinhal, étudiant la pratique actuelle des femmes IMG de la faculté de Poitiers, avait 71.5% de son effectif travaillant entre 4 à 4,5 jours de travail soit 8 à 9 demi-journées par semaine, en fonction du samedi matin (31). La DREES, dans une étude en 2012 sur l'emploi du temps des médecins généralistes, retrouvait 9 demi-

journées de travail par semaine en incluant le samedi matin soit, 57 heures en moyenne par semaine (32).

La région d'exercice est influencée par la région de réalisation du DES et d'autant plus si c'est la région de réalisation de l'externat, selon la littérature [78.7% des internes selon l'ISNAR-IMG et 75% selon le CNOM (3,21,23,26)]. C'est possiblement la raison pour laquelle il n'y avait aucune influence du SASPAS. Le principal argument pour ceux quittant la région était un rapprochement familial ou le suivi du conjoint pour raison professionnelle.

La proportion de salariés était de 9.5%, certainement par la non-inclusion des DESC, contrairement aux autres études (11,22,23,33). Il n'y avait aucun salarié exerçant la MG ambulatoire. Ce mode de travail n'influencerait qu'un très faible pourcentage de futurs médecins généralistes selon C. Rassu (34). Parmi l'effectif, 77% avaient une formation complémentaire (DU et capacité de gériatrie) et ne souhaitaient donc pas exercer en MG ambulatoire. Pour les autres, les principaux freins à l'exercice ambulatoire étaient : la mauvaise couverture sociale en cas d'arrêt maladie et de congé maternité ainsi que les charges administratives, conformément à la littérature (34).

Le SASPAS avait une influence sur le fait d'être ou de devenir MDS. En comparaison avec les autres études, M. Lorioux avait 14% des installés qui étaient MDS et 35% l'envisageaient. L'enquête nationale des IMG retrouvait 71.4% de déclarants voulant devenir MDS (21,23). Or, il est indispensable d'avoir des MDS pour ouvrir des terrains de stage ambulatoire, afin d'accueillir tous les IMG.

3. Forces et limites de l'étude :

3.1 Forces de l'étude :

Le SASPAS est un sujet d'actualité puisqu'il est devenu obligatoire dans la maquette de MG depuis novembre 2017, afin de favoriser les stages ambulatoires. Les thèses concernant l'influence du SASPAS ont déjà été réalisées dans d'autres régions mais aucune dans l'ancienne région Poitou-Charentes.

Le questionnaire a été établi après une revue de la littérature afin d'adapter au mieux les questions. L'anonymat des réponses permet aux sujets interrogés de se

sentir libre de répondre, sans sensation de jugement. Cela limite le biais d'information. La quasi-totalité des questions était obligatoire afin de pouvoir analyser les réponses au maximum et d'éviter des « non réponses ». Le questionnaire était fait, de sorte qu'en fonction d'une réponse donnée, les interrogés accédaient à la section correspondante. Ainsi cela limitait le nombre de questions accessibles et la durée du questionnaire. Cela permet aussi d'éviter un biais de compréhension. Pour éviter un biais de parti pris, l'investigatrice de l'étude a été exclue.

Pour une auto-évaluation par questionnaire, la participation est assez satisfaisante (41.6%). Cela peut s'expliquer par le fait que ce soit une population jeune, habituée aux questionnaires envoyés par mails, avec une majorité de remplaçants (donc possiblement plus de temps), par sympathie (étant leur collègue) et par compassion (certains sont eux aussi confrontés à leur travail de thèse et l'envoi de questionnaire).

3.2 Limites de l'étude :

Il existe un biais de sélection et de recrutement. Les deux groupes (SASPAS versus non SASPAS) n'avaient pas des effectifs strictement comparables (111 versus 36). L'explication la plus plausible est le nombre plus important d'internes effectuant un SASPAS par rapport aux non SASPAS au sein des différentes promotions. Il y avait aussi plus de postes à pourvoir pour la promotion 2014 que pour la promotion 2012. De plus, les SASPAS se sentaient plus concernés que les non SASPAS concernant le sujet de l'étude. Pour l'envoi des questionnaires, le nombre total de médecins généralistes à la fin de l'internat, excluant ainsi les DESC, les hors filières et droit au remords, n'a pas pu être récupéré sur les trois promotions. Les deux secondairement exclus l'étaient par l'envoi d'un courriel justifiant leur absence de participation à l'étude. Cela peut entraîner aussi une sous-estimation du taux de réponse. Pour rappel, les DU ou formations complémentaires n'étaient pas exclus car ils pouvaient avoir réalisé un SASPAS.

Parmi les informations recueillies, certaines étaient en rapport avec des dates, des lieux et des chiffres passés. Il existe donc un biais de mémorisation.

Une des questions posées nécessitait une réponse en mois. Certains ont répondu en années mettant en avant un manque de clarté de la question et donc un biais de compréhension.

La réponse au questionnaire reste une auto-évaluation, notamment concernant la partie sur les difficultés ressenties avec une part de subjectivité.

Malgré une participation globalement satisfaisante pour un questionnaire, il y a tout de même 58.4% de non réponses. On peut imaginer que certains n'aient pas reçu le mail envoyé malgré les deux relances, qu'il pouvait être dans les spams, que certains ne reçoivent peut-être plus les mails universitaires. Enfin, certains n'avaient possiblement pas envie de répondre au questionnaire par manque de temps ou d'intérêt. Cela impacte la puissance de l'étude en raison d'effectif trop faible pour certaines analyses statistiques.

L'étude s'est intéressée uniquement aux IMG issus de la faculté de Médecine de Poitiers. Pour plus de puissance, il aurait pu être intéressant de réaliser une étude pluri centrique.

Entre la fin de l'internat et le début d'exercice pour ceux issus de la promotion 2014, il s'était écoulé à peine un an, deux ans pour la promotion 2013 et trois ans pour la promotion 2012. Ainsi, le délai pour l'évaluation du début d'exercice et des projets professionnels était peut-être trop court.

4. Perspectives d'améliorations et pistes de recherche :

4.1 SASPAS obligatoire :

Avec la nouvelle réforme sur la maquette de l'internat de MG, les premiers internes effectueront le stage obligatoire à partir de novembre 2019. De plus, maintenant, les Urgentistes et les Gériatres ont leur propre DES. Ainsi le choix de la MG à l'ECN sera encore plus spécifique et cela devrait promouvoir l'exercice de la MG.

Il serait donc intéressant de conduire une autre étude sur les difficultés de début d'exercice à plus long terme (5 ans voire 10 ans) après la fin de l'internat pour les promotions qui n'avaient pas le stage obligatoire et éventuellement de comparer avec les promotions qui auront la nouvelle réforme, pour évaluer son impact. Une étude pluri-centrique regroupant les facultés de la Nouvelle-Aquitaine serait intéressante.

4.2 Favoriser le choix de la médecine générale :

Il est nécessaire également de favoriser les stages ambulatoires dès la période de l'externat pour qu'il découvre le plus tôt possible la MG. A l'heure actuelle, seul un stage ambulatoire est obligatoire. D'après la littérature il existe un lien entre le choix de la MG aux ECN et l'exercice ambulatoire (23).

4.3 Formation des MDS :

Pour avoir un nombre de terrains de stage adaptés au nombre d'IMG, il est nécessaire de promouvoir les MDS. Il existe une disparité entre les régions sur ce point et avec le vieillissement des médecins généralistes, il est nécessaire de former de nouvelles recrues. Actuellement, pour devenir MDS, différentes conditions sont nécessaires :

- Installation depuis au moins deux ans,
- Pour recevoir un SASPAS, il est nécessaire d'avoir reçu un interne en niveau 1 pendant un semestre obligatoirement.

Ne faudrait-il pas alléger ces conditions pour favoriser l'apprentissage de la jeune génération sans pour autant que les externes et/ou internes soit impactés ?

Les stages ambulatoires permettent d'ouvrir des portes pour les étudiants et pour les MDS. Il existe d'ailleurs un lien significatif entre enseignants/enseignés et projet d'installation (26).

Enfin, l'étude a montré que le SASPAS avait une influence sur le fait de devenir MDS.

Néanmoins, il est nécessaire que le SASPAS reste un stage encadré, notamment sur la supervision. Il existe encore des terrains de stage où elle n'est pas réalisée, possiblement par manque de temps, les MDS alliant enseignement et gestion du cabinet. Les études ont montré l'importance de cette supervision indirecte et du débriefing dans l'évolution des compétences et l'acquisition de confiance en soi (18).
Des propositions d'amélioration ont même été proposées et me semblent intéressantes :

- « La supervision indirecte doit être quotidienne,
- Il est nécessaire de préciser le cadre réglementaire, et de redéfinir les recommandations et les objectifs de la supervision
- L'université doit soutenir et motiver les maîtres de stage dans leur rôle pédagogique
- Une évaluation officielle doit pouvoir leur être retournée
- Les terrains de stage en difficulté persistante doivent être rappelés à leurs engagements »

A Poitiers, Gwenola Zollinger (35) avait essayé de tester un outil pédagogique, le RAQ (relevé d'activité quotidienne) qui servait de support pour la supervision en

SASPAS. Il n'avait été testé qu'au niveau régional sur un petit échantillon d'internes en SASPAS. Peut-être serait-il intéressant d'approfondir ce point pour faciliter la supervision ?

Dans tous les cas, il est important de pouvoir soutenir aussi les MDS dans leur accompagnement pédagogique.

4.4 Améliorer la formation sur certains points :

Cette étude et la littérature existante montrent que la gestion administrative, la comptabilité et la gestion du cabinet restent une difficulté et un frein pour l'installation. Il est donc nécessaire que les internes bénéficient de plus de formations concrètes sur ces points-là. Il existe un GEAPI et un séminaire mais qui reste trop théorique. Il est indispensable de bénéficier de mise en situation pratique pour diminuer les difficultés lors du début d'activité. On devrait, par exemple, avoir une formation sur le côté administratif et tous les formulaires et certificats à remplir et pourquoi pas une formation sur la comptabilité avec des professionnels adaptés.

4.5 Augmenter le taux de participation :

Le recrutement doit être effectué le plus tôt possible pour ce genre d'étude (pourquoi pas dès le choix des stages) et prendre les coordonnées (mail et téléphone) afin de permettre les relances téléphoniques pour favoriser les réponses. Le CRP-IMG accepte depuis peu la diffusion des questionnaires de thèse sur son site en ligne ce qui devrait permettre d'augmenter la participation.

VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en avant l'influence du SASPAS sur la facilité à aborder les pathologies de MG lors du début d'exercice des jeunes médecins généralistes. Cela montre l'impact du stage sur la pratique de la MG ambulatoire. Il permet également d'acquérir de la confiance en soi et une autonomie progressive, grâce à la supervision indirecte, un des points clés du stage, qui doit bénéficier d'un encadrement adapté. Le SASPAS n'a pas montré d'influence sur l'installation en ambulatoire. Cependant, il permet d'affiner son projet professionnel. Le lieu et le mode d'exercice des maitres de stage semblent avoir une influence sur l'installation. Il existe une influence du SASPAS sur la volonté à devenir maître de stage. Or, il est indispensable de former de nouvelles recrues pour avoir suffisamment de terrains de stage.

Des difficultés restent encore présentes, dans la pratique quotidienne, concernant la gestion administrative et la comptabilité. Elles ne sont pas améliorées par le SASPAS. Il est nécessaire de pouvoir approfondir la formation sur ce point pour favoriser une meilleure approche lors du début d'exercice des jeunes médecins et ainsi lever l'un des freins à l'installation.

Afin de continuer à évaluer l'impact de ce stage maintenant obligatoire, une nouvelle étude à distance serait intéressante, d'autant plus que la Médecine d'Urgence et la Gériatrie ont maintenant leur propre DES.

VII. BIBLIOGRAPHIE :

1. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/

2. DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des solidarités et de la Santé. [Internet]. 2019 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

3. Dr Bouet, Dr Mourgues. Démographie médicale atlas national au 1er janvier 2018. CNOM [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037

4. Nombre de Postes et Rangs en Médecine générale pour l'examen national classant (ENC) 2004 [Internet]. Remede.org. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html

5. CNG | Statistiques et études [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/statistiques-rapports-dactivite/statistiques-et-etudes

6. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238

7. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. La Revue Exercer - Janvier/Février 2006 n°76 - 32. :2.

8. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002.

9. 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 [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000034508221&dateTexte=20180425

10. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004.

11. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Université de Dijon. Thèse de médecine, 2012.

12. E. Deleau, O. Kandel, JF. Maugard : Activité d'un interne de médecine générale. La revue du Praticien - Médecine Générale. TOME 19. N° 684/685 DU 7 MARS 2005 [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur:

http://www.sfmg.org/publications/les_publications/activite_d_un_interne_de_medecine_generale.html

13. TOTY G. Évaluation de la progression des niveaux de compétences au cours du SASPAS : enquête auprès des internes entre novembre 2016 et novembre 2017 en Nouvelle Aquitaine. Thèse de médecine Université de Poitiers. 2017.

14. Viellard M. Difficultés ressenties par les Internes de Médecine Générale lors de leurs premiers remplacements. Intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Etude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine. Thèse de médecine. Université de Lorraine; 2014.

15. Tribert F. Évaluation du stress et de l'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles perçus par les internes en SASPAS. Thèse de médecine. Université d'Angers; 2016.

16. Grégoire C. Freins à la réalisation du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : étude qualitative par focus groups auprès des internes en médecine générale bourguignons. Thèse de médecine. Université de Dijon 2016. 8 juin 2016;

17. Le Grand-Penguilly J. Influences du stage SASPAS sur le devenir et le projet professionnel des internes brestois: étude descriptive des anciens internes de la faculté de Brest ayant effectué un SASPAS entre novembre 2003 et avril 2009. Thèse de médecine. Université de Brest. 2009.

18. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. Thèse de médecine. Université de Bordeaux. 13 juin 2017;

19. Manjarrès C. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes: étude comparative. Thèse de médecine. UPEC. Faculté de médecine; 2012.

20. Andrieux M. Évaluation de la formation en SASPAS par les internes de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers. Thèse de médecine. Université de Poitiers. 2014;

21. ISNAR-IMG. Enquêtes nationales sur la formation des internes de Médecine Générale. 2013 [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/

22. Behringer M. Influence du SASPAS sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes : étude interrégionale en Provence Alpes Côte d'Azur et Languedoc Roussillon. Thèse de médecine. 2011. Université d'Aix-Marseille II.; 2011.

23. Maxime Lorioux - Le devenir des anciens internes de médecine générale : étude à deux ans dans l'interrégion grand Ouest - Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2018.

24. Remplact 3 | Enquête nationale, résultats complets 2009-2016 [Internet]. ReAGJIR. 2016 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/

25. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. thèse de médecine, Université de Grenoble 2011.

26. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 24 mars 2015;Vol. 27(1):49-58.

27. Kandel O, Rubi SP, Gavid B. Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers. La revue du praticien MG TOME 21 Janvier 2007. :2.

28. Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

29. DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins

30. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 1 sept 2007;n° 14(1):19-30.

31. Morgane Couffinhal - La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle. Thèse de médecine Université de Poitiers. 2017.

32. Les emplois du temps des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé. DREES. Mars 2012 n° 797 [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes

33. ORS Grand Est : Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. jullet 2016. Alsace [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: https://ors-ge.org/etudes

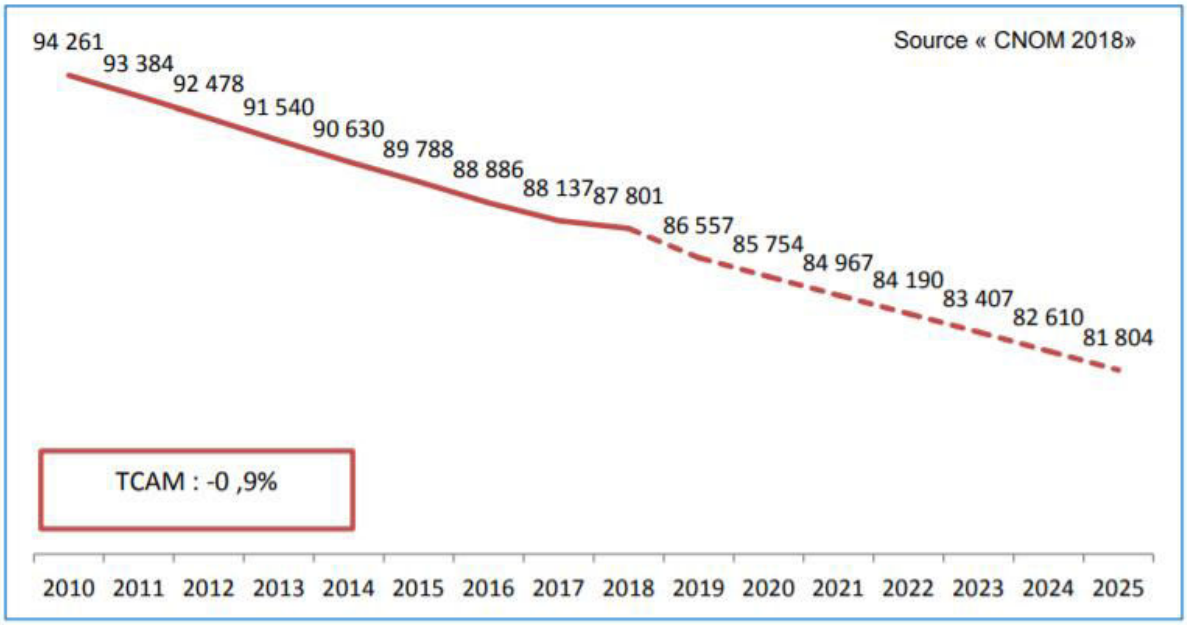
34. Céline Rassu - Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature - Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2016.

35. Gwénola Zollinger - L'utilisation du recueil d'activité au quotidien par les internes : développement d'un outil pédagogique pour la supervision indirecte du stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée - Thèse de médecine, Université de Poitiers, 2016.

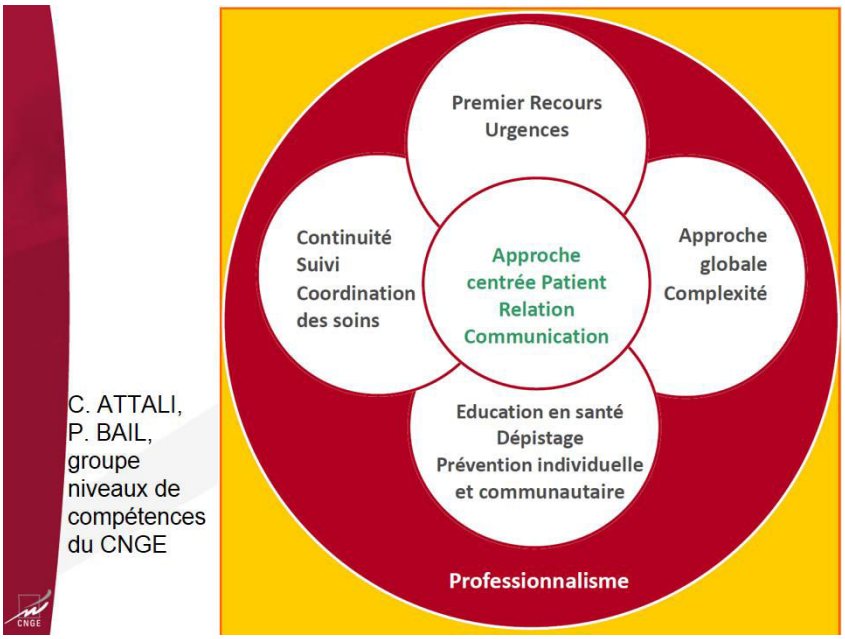
VIII. ANNEXES :

Annexe 1 : Démographie médicale

Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025.



Annexe 2 : Marguerite des compétences et définition selon le CNGE



1. Premier recours, incertitude, urgences : C'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

2. Approche globale, prise en compte de la complexité : C'est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (*evidence based medicine*, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.

3. Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire : C'est la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : C'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

5. Relation, communication, approche centrée patient : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

6. Professionnalisme : C'est la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Annexe 3 : questionnaire (retranscrit)

L'influence du SASPAS sur les modalités d'exercice des jeunes Médecins généralistes des internes de médecine Générale des promotions 2012, 2013 et 2014 de Poitiers.

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :
- Sexe : Homme ou Femme
- Âge : 25-29 ans
  30-34 ans
  35-39 ans
  40 ans et plus
  Autre
- De quelle promotion êtes-vous ? 2012 ou 2013 ou 2014 ; Autre

SASPAS :
- Avez-vous fait un stage en SASPAS ? oui ou non
- Avez-vous réalisé ce stage par choix ou y étiez-vous contraint ? Stage choisi ou stage contraint (stage restant)
- Quel semestre ? 5e semestre ou 6e semestre. Autre
- Votre date de réalisation du SASPAS ?
  Novembre 2014 à Avril 2015
  Mai 2015 à Octobre 2015
  Novembre 2015 à Avril 2016
  Mai 2016 à Octobre 2016
  Novembre 2016 à Avril 2017
  Mai 2017 à Octobre 2017
  Autre
- Nombre de maître de stage ? 1 ; 2 ; 3 ; Autre :
- Le lieu du stage ? (plusieurs réponses possibles) Rural ; Semi-rural ; Urbain
- Nombre de jours travaillés par semaine ? 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 5 jours et demi ; Autre :
- En moyenne, nombre de consultations par jour : < 15 ; 15-20 ; 20-25 ; 25-30 ; > 30
- Dans quelle condition exerçait vos maîtres de stage ? (Plusieurs réponses possibles) : Seul ; Cabinet de groupe ; Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Quelles étaient vos attentes avant le début du SASPAS ? (Plusieurs réponses possibles)
  Améliorer ses compétences en médecine générale
  Orienter mon projet professionnel (salarié vs libéral ; lieu d'exercice ; seul ou en groupe...)
  Gestion administrative (comptabilité ; carte vitale ; certificat...)
  Prendre confiance en soi
  Eviter un stage hospitalier
  Avoir du temps pour travailler (Thèse ; Mémoire...)
- Aviez-vous réalisé des remplacements avant votre stage SASPAS ? oui ou non
- Pensez-vous que les débriefings ont eu un impact bénéfique sur votre pratique au quotidien ? Oui ; Non ; je ne sais pas
- Quelle note globale donneriez-vous à votre stage SASPAS ? de 1 à 4 : 1 étant insuffisant, 2 Suffisant, 3 Très bien et 4 excellent

NON SASPAS :
- Etait-ce ? Un choix ou Stage indisponible
- Pour quels motifs ne vouliez-vous pas réaliser un SASPAS ? (plusieurs réponses possibles)

Souhait de ne pas exercer en libéral
Mauvaise expérience du stage en niveau 1
Aucun intérêt car ayant déjà fait des remplacements en médecine générale
Localisation des stages
Mauvaises appréciations du stage
Aspect financier : frais kilométriques, repas...
Souhait d'approfondir ses compétences avec un nouveau stage hospitalier
Autre :

- Quelles étaient vos motivations à réaliser ce stage ? (plusieurs réponses possibles)

Améliorer ses compétences en médecine générale
Orienter mon projet professionnel (salarié vs libéral ; lieu d'exercice ; seul ou en groupe...)
Gestion administrative (comptabilité ; carte vitale ; certificat...)
Prendre confiance en soi
Eviter un stage hospitalier
Avoir du temps libre (pour préparer thèse, mémoire..)
Autre

ACTIVITE ACTUELLE :

- Etes-vous : Remplaçant thésé
  Remplaçant non thésé
  Installé
  Collaborateur
  Salarié
  activité Mixte : libéral et salarié

REMPLACANTS THESES :

- Avez-vous effectué des remplacements chez vos anciens maîtres de stage en SASPAS ? oui ou non
- Chez les confrères au sein du cabinet de vos anciens maîtres de stage ? Oui ou non
- Effectuez-vous des gardes de soir ou de week-end ? Oui ou Non
- Etes-vous restés dans la région Poitou-Charentes ? oui ou Non
- Si non, dans quelle région exercez-vous ? case libre
- Pourquoi avez-vous quitté la région Poitou-Charentes ? case libre
- Avez-vous un projet d'installation ? oui ou Non

REMPLACANTS NON THESES :

- Avez-vous effectué des remplacements chez vos anciens maîtres de stage en SASPAS ? oui ou Non
- Chez les confrères au sein du cabinet de vos anciens maîtres de stage ? Oui ou Non
- Effectuez-vous des gardes de soir ou de week-end ? oui ou Non
- Etes-vous restés dans la région Poitou-Charentes ? oui ou Non
- Si non, dans quelle région exercez-vous ? case libre
- Pourquoi avez-vous quitté la région Poitou-Charentes ? case libre
- Avez-vous un projet d'installation ? oui ou Non

INSTALLE OU COLLABORATEUR :

- En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? (merci de préciser le mois et l'année) : case libre
- Délai entre la fin de votre internat et le début de votre installation ou collaboration ? (en mois) : case libre

- Comment avez-vous trouvé votre lieu d'installation / collaboration ? (plusieurs réponses possibles) : Stages ambulatoire (niveau 1 / SASPAS)
Remplacements
Annonces diffusées conseil de l'ordre
Annonces via des sites internet
Annonces via des réseaux sociaux
Opportunité
Autre :
- Etes-vous restés dans la région Poitou-Charentes ? oui ou non
- Si non, dans quelle région exercez-vous ? case libre
- Pourquoi avez-vous quitté la région Poitou-Charentes ? case libre
- Quel est votre lieu d'installation / collaboration ? Rural ; Semi-rural ou Urbain
- Quel est votre type de cabinet ? Seul ; Groupe ou Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Votre installation / collaboration est-elle : Reprise d'une patientèle ou Création
- Nombre de jours travaillés par semaine ? 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 5 jours et demi
- Etes-vous inscrit sur un planning de garde ? oui ou non

<u>SALARIE :</u>
- Avez-vous effectué une formation complémentaire ?
Capacité (Gériatrie...)
DESC
DU complémentaire (Soins palliatifs...)
Pas de formation complémentaire hormis le DES de médecine générale
Autre :
- Où exercez-vous ? Centre Hospitalier
EHPAD
Soins de suite et réadaptation
Maison de Santé Pluridisciplinaire
Autre :
- Pourquoi avez-vous choisi d'être salarié ? case libre

<u>ACTIVITE MIXTE : salarié et libéral</u>
- En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? Merci de préciser le mois et l'année
- Délai entre la fin de votre internat et le début de votre installation ou collaboration ? (en mois)
- Comment avez-vous trouvé votre lieu d'installation ? (plusieurs réponses possibles) *
Stages Ambulatoires (niveau 1 / SASPAS)
Remplacements
Annonces diffusées au Conseil de l'Ordre des Médecins
Annonces sur internet
Annonces via des réseaux sociaux
Opportunité
Autre :
- Etes-vous restés dans la région Poitou-Charentes ? Oui ou Non
- Si non, dans quelle région exercez-vous ?
- Pourquoi avez-vous quitté la région ?
- Où êtes-vous installé ? Urbain ou Rural ou Semi-Rural
- Quel est le type de votre cabinet ? Seul ou Groupe ou Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Votre installation est-elle ? une reprise de patientèle ou Création
- Combien de jours travaillez-vous par semaine et comment est répartie votre activité entre le libéral et le salariat ? case libre

- Où travaillez-vous en tant que salarié ?
    centre hospitalier : urgences adultes
    Centre Hospitalier : service de pédiatrie (urgences, service traditionnel...)
    Centre Hospitalier : service de médecine adulte polyvalente
    EHPAD
    Centre de rééducation : SSR, MPR...
    Autre
- Avez-vous une formation complémentaire ? (plusieurs réponses possibles)
    DU
    DESC
    Capacité
    Non, juste de le DES de Médecine Générale
- Etes-vous inscrit sur un planning de garde ? oui ou Non
- Pourquoi avez-vous choisi une activité mixte ? case libre

DEBUT D'EXERCICE : DIFFICULTES RESSENTIES

Comment avez-vous appréhendé votre début d'exercice en tant que médecin généraliste. Merci de mettre une notre entre 1 et 4 : 1 étant considéré comme très facile, 2 = facile, 3 = difficile et 4 = très difficile.

- Trouver des remplacements :
- Organiser son planning de consultation :
- Choix et/ou gestion du secrétariat (secrétariat téléphonique, secrétaire sur place, RDV internet...) :
- Gestion du temps de travail :
- Choix et/ou Prise en main du logiciel médical :
- Tenue des dossiers médicaux :
- Gestion administrative : (FSE, FSP, Certificats, Arrêt, Accidents de travail, Maladie professionnelle, MDPH, compte AMELI...) :
- Comptabilité :
- Les urgences et/ou soins de premier recours en médecine générale :
- La relation médecin-malade :
- La gestion des pathologies de médecine générale :
- La coordination des soins :
- Le réseaux de soins : (collègues, spécialistes, paramédicaux...)

MDS :

- Comptez-vous un jour devenir maître de stage ? oui ou Non

AVIS STAGE :

- Pensez-vous qu'il doit devenir obligatoire dans la maquette de médecine générale ?
    Oui ou non
- Apport du stage, avis, suggestion : case libre

Annexe 4 : mail adressé aux internes lors de l'envoi du questionnaire

Bonjour à tous,

Ancienne interne de médecine générale de la promotion 2013 de la faculté de médecine de Poitiers et actuellement remplaçante en médecine générale, je me permets de vous solliciter pour ma thèse. Son but est d'évaluer l'influence du SASPAS sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes des promotions 2012, 2013 et 2014 de la faculté de médecine de Poitiers.
J'ai besoin de vous pour répondre à ce petit questionnaire qui vous prendra entre 5 et 10 minutes.
Même ceux qui n'ont pas fait de SASPAS peuvent répondre !
Le questionnaire est anonyme. Le but n'est pas de vous juger. Vous savez tous comment cela se passe plus j'ai de réponses mieux ça sera pour ma thèse !
Si vous avez déjà répondu au questionnaire, merci de ne pas tenir compte de ce mail !
Afin que je ne vous relance pas, merci m'adresser un mail comme quoi vous avez répondu au questionnaire : un simple « ok » ou « fait » me suffit.
Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire, cela équivaut à un consentement libre, éclairé et spécifique de votre part pour le traitement des données.

Voici le lien :
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfpc0BtKNt7H2d3-lhIo-ZxfT9XUc60409vYW1iwe_Jt5eEng/viewform?usp=pp_url

Merci pour votre participation !

Anne BODIN sous la direction du Dr Deleau-Bouges Emmanuelle (médecin Généraliste à Couhé)
anne-bodin@hotmail.fr
06 43 09 64 74

Annexe 5 : commentaires libres :

apporte de la confiance en soi mais parfois un peu infantilisé pour ma part. nécessité d'une meilleure uniformisation des pratiques pédagogiques des différents maitres de stage.

Gain de confiance gestion des pathologies chroniques

Stage absolument indispensable

Stage très intéressant notamment sur la gestion du cabinet, le seul moment où nous y sommes confrontés.

Bonjour, bravo pour ce questionnaire. Je n'ai pas fait de stage SASPAS (car j'étais très mal classée). C'est donc difficile pour moi de dire s'il devrait être obligatoire. Néanmoins j'aurais tendance à dire non puisque j'ai l'impression d'avoir réussi mon installation sans ce stage. Mon problème majeur étant la comptabilité, j'ai demandé à des SASPAS en fin de stage s'il avait réussi à être meilleur en compta : la réponse s'est avérée négative. Difficile d'en tirer plus. Bon courage pour la suite.

Pas de stage obligatoire mais fortement conseillé si exercice libéral souhaité car tous les futurs médecins généralistes ne souhaitent pas forcément exercer en libéral. Penser à développer les futurs exercices hospitaliers accessibles aux médecins généralistes.

Obligatoire peut être pas, ça dépend du projet professionnel de chacun. .. en tout cas pour les futur médecins généralistes libéraux c'est une super aubaine ! Il autonomise en douceur. À la fin de l'internat je n'avais aucune apréhension pour commencer les remplacements ! Et puis il permet parfois de se faire connaître dans les cabinets, ça facilite les choses pour trouver des remplacements. J'en ai été très contente !

Je trouve que le stage SASPAS m’a permis d’avoir une transition facile entre l’internat et la vie professionnelle.

Pour l'amélioration du saspas : - avoir minimum 3 maîtres de stage et multiplier les lieux de stage car les prises en charge, gestion de cabinet, pathologies vu notamment diffèrent entre un mode rural et urbain, un médecin exerçant seul ou en maison de santé, selon les éventuels DU (gynéco, sport...), etc - respecter la rétroaction quotidienne qui est indispensable (nous donner des pistes d'amélioration, nous soutenir en cas de dfficultés mais aussi nous dire quand c'est bien, sur le plan clinique mais aussi relationnel) - respecter le nombre d'acte journalier recommandé (8 à 12 par demi journée) - seul un maître de stage a évoqué spontanément avec moi les charges financières de son cabinet (je n'aurais pas osé le demander moi même) et il a eu raison car même si ça refroidit un peu, ça nous permet de savoir ce qui nous attend : carmf, urssaf, matériel médical, etc. Cela devrait être plus abordé. A chaud, je ne vois pas d'autres choses. J'ai eu la chance d'avoir de super maître de stage et complémentaires malgré le lieu de stage unique. Bon courage pour ta thèse.

Confiance et conseils pratiques qui sont toujours appliqués à l'heure actuelle

Apport intéressant quand les maitres de stage ne profite pas de l'interne...

Bénéfice du stage variable selon les maitres de stage avec risque d'être pris pour un remplaçant plutôt que pour un étudiant parfois (l'un de mes maitres de stage ne débriefait pas, remplissait au max le planning de consultations etc...). Mais stage globalement très positif !

saspas : memes benefices qu'un rempla regulier avec possibilité de revoir le patient d'une semaine sur l'autre. j'avais deux maitres de stages sur les 3 dans la meme maison de santé donc sécurisant car toujours 1 medecin sur place dans le bureau d'à côté même si je le sollicitais peu. excellent reseau de remplacement par la suite (maitre de stage et associés). Pour avoir discuté avec des medecins qui n'ont pas d'interne, j'ai l'impression que c'est plus dur pour eux de trouver des remplacants.

importance d'un vrai débriefing patient par patient en systématique initialement (mise en évidence de problématiques non ressenties initialement) puis +- sélection des cas problématique secondairement

Le stage ne doit pas être indispensable car il y a tous les internes qui ne feront jamais de libérable à qui il sera inutile.

Vérification des aptitudes personnelles avant exercice seule réelle- gestion de sa propre tolérance à l'incertitude--capacité d'adaptation à la vie de médecin généraliste avec les contraintes familiales sur ajoutés. Un stage en deux temps réel supervision direct puis

supervision indirect serait intéressant, le niveau 1 est loin quand on passe en saspass et les habitudes des médecins sont différentes, pensé à ceux qui n'ont pas l'aisance adéquat pour y faire face, on peu faire face et se démolir complétement en silencence.

Autonomie totale en consultation mais supervision en fin de journée, parfois retour la semaine suivante pour raconter la suite de la prise en charge : c'est une bonne mise dans le bain . Permet aussi de commencer à créer un réseau de connaissances surtout si on reste dans le département sinon ça permet quand même de s'approprier la partie administrative/gestion cabinet. Que du positif à condition que le MSU joue le jeu, fasse un debrief et ne prend pas un saspas que pour gagner du temps/de l'argent.

Super stage très important en fin de cursus. Mais non obligatoire pour moi car tous les MG ne se destinent pas à l'exercice en cabinet (hôpital ou autre), ça confirme plutôt une décision d'installation, quel secrétariat, comment s'organiser etc en fonction de ce que l'on voit dans les cabinets. Bonne thèse !

LE stage permettant réellement d'apprendre le métier de médecin généraliste, mais à choisir une fois que l'on a fait notre choix est porté sur l'exercice libéral. Les débriefings sont très importants pour rassurer l'interne. Ils faut qu'il soient rigoureux et respectés.

Thèse très intéressante. Une difficulté me semble ressortir du questionnaire c'est que l'on ne répondrait pas la même chose selon le médecin du SASPAS. Par exemple un de mes maitres de stage ne m'a rien apporter, au contraire des 2 autres qui m'ont donné envie de faire ce métier. Du coup mon ressenti positif sur les 2 médecins empathique dominent l'antipathique 3eme médecin.

Excellent tremplin entre le stage niveau 1 et le remplacement, à condition que les maitres de stage jouent le jeu (vrais débriefings)

Je n ' ai pas eu la chance de faire un saspas et c'est vrai que les debuts etaient stressants. Logiciel compta administratif. J ai été mise dans le bain sans rien savoir faire. Et notamment aussi avec les petites pathologies de MG quon ne voit pas à l hopital. Ca fait 7 mois que je remplace. Jai pris mes aises mais l administratif reste tres dur. Et je fais des choses fonc je n ai jamais eu de retour. Le saspas m aurait permis d avoir le retour sur ma pratique.. mais bon si jai reussi sans saspas cest que tout le monde doit y arriver. Mais jestime que si le saspas est obligatoire ca doit etre pas mal pour notre pratique future. Dans saspas je ne savais meme pas si j allais vraiment aimé mon métier.. le niveau 1 etait trop loin et la pratique hospitaliere tellement differente du cabinet... bon courage pour la thèse

Tous les internes de médecine générale ne souhaitent pas faire du libéral un jour... L'obligation du SASPAS dans la maquette dépend pour moi du projet professionnel de l'interne;

Ayant fait 6 mois de remplacement avant le SASPAS, je pense que ce stage est d'une grande aide tant sur le plan médical, humain que comptable.

Stage probablement utile mais avec à mon avis importantes différences selon les maîtres de stage (certains MSU abusant de ce stage pour effectuer des "remplacements déguisés" sans avoir besoin de rémunérer un remplaçant officiel) ... Surtout très utile pour mieux comprendre le milieu libéral et médecine générale (car un seul stage sur 3 ans, c'est un peu réducteur) : dans la même optique, il faudrait si possible multiplier les stages mère-enfant ambulatoire (mais certainement difficile de trouver des MSU motivés)

ameliore confiance en sa pratique libérale apprend a gerer le temps de consultation apprend la gestion des urgences relatives/ressenties et vraies le SASPAS me parrait INDISPENSABLE pour une pratique en sereinité si la maquette était a refaire, je trouverai ça meme judicieux de proposer une année complete de SASPAS

apport du stage : avis concernant les prises en charge spécifiques de la médecine générale, formation administrative et comptable, échanges de pratique

Le SASPAS est obligatoire dans la nouvelle maquette et c'est une très bonne chose !

Acquisition d'une autonomie pour l'exercice libéral et de compétences administratives et de gestion du cabinet médical

exercice en condition d'exercice libéral, où l'on ne compte que sur soi, ce qui permet de prendre confiance en soi. Nous apprends la gestion administrative et à gérer les visites. On voit la difficulté à gérer le temps, le planning que ce soit en visite ou en consultation.

Il doit devenir obligatoire pour ceux qui se destinent à un carrière libérale. Il faux que le parcours de l'interne soit structuré dès le début de l'internat en fonction des projets professionnels. Et surtout il faut que les maîtres de stage accompagnent correctement l'interne dans ce parcours et non pas les considérer comme des remplaçants fournis par la faculté.

Au sujet de ton questionnaire : je suis remplaçante non thésée et je suis obligée de répondre à la question sur la difficulté de trouver des remplaçants, et au sujet de la difficulté de gérer les secrétaires. Du coup j'ai mis des réponses au hasard.

Personnellement, mes premiers remplacements ont été beaucoup plus formateurs que mon stage de SASPAS car cabinets très différents : collègues aidants et très présents pour n'importe quel avis (contrairement à mes stages SASPAS où je me sentais bien seule...). Donc peu d'intérêt dans mon cas, hormis pour améliorer la confiance en soi et se familiariser avec l'exercice libéral. Pour moi, cette "auto-formation" peut très bien débuter plus tard, lors des premiers remplacements.

Je pense que certains médecins prennent des internes en SASPAS plus pour augmenter leur chiffre d'affaire que pour réellement apporter quelque chose à l'interne. C'est le ressenti de beaucoup d'internes vis à vis de certains maîtres de stage qui ne s'impliquent pas du tout alors qu'ils sont rémunérés pour cela... Certains internes ont un statut de remplaçant plutôt que d'interne en SASPAS et dépasse largement le nombre de consultations autorisées. Je pense que le SASPAS oui devrait faire partir de la maquette, on est voués à exercer en ambulatoire pour la plupart donc 2 semestres de pure médecine générale ne serait pas du luxe. Après il y en a qui en auront plus besoin que d'autres mais chacun peut y trouver son compte à sa façon. Concernant la dernière question sur si on veut devenir maître de stage ou non, j'aurais répondu "peut être". A l'heure actuelle je n'ai pas d'avis définitif sur la question. Bon courage pour ta thèse !

Stage très formateur quand les maîtres de stages sont investis. Bcp de stage ou le débriefing n est pas fait et ou il s agit seulement d un pseudo remplacement mais si le dialogue entre interne et maître de stage est bon alors le stage devient très utile.

Indispensable pour tout interne de médecine générale

Très bon stage pour ceux qui veulent faire de la MG, permet de se lancer en douceur et d'aborder les rempla sereinement. Mais obligation sans intéret si certains sont surs de faire de l'hospitalier

Stage très utile pour la formation d'un médecin généraliste, cela permet de ce mettre " dans le bain" de façon encadrée et de posez toutes les questions nécessaires à notre activité future. Cela correspond à ce à quoi nous allons être confronter en tant que généraliste remplaçant ou installé, cela me semble beaucoup plus utile qu'un stage hospitalier et nous fait nous rendre compte de ce qu'est une activité libérale.

Je n'ai pas fait de saspas et je pense que jaurais eu plus de facilité à effectuer mes premiers remplas si jen avais fait un. Tout le déroulement d 'une journée d' un MG m'etait casi inconnu (mon niveau 1 avait été fait 3ans avant mes 1e remplas et je n'avais jamais fait de consultations toute seule). Je me demandais meme si jallais aimer la MG.. donc je pense que le saspas est intéressant. Courage pour la thèse

J'ai gardé contact avec l'une de mes maîtres de stage et encore aujourd'hui on aime discuter de nos difficultés.

Être seul sans retour de ce que l on fait revient à faire un remplacement

Stage obligatoire selon moi pour déterminer notre exercice futur ... pour savoir si la médecine libérale correspond à ce que nous avons pu imaginer

Former des maîtres de stage Améliorer l'encadrement

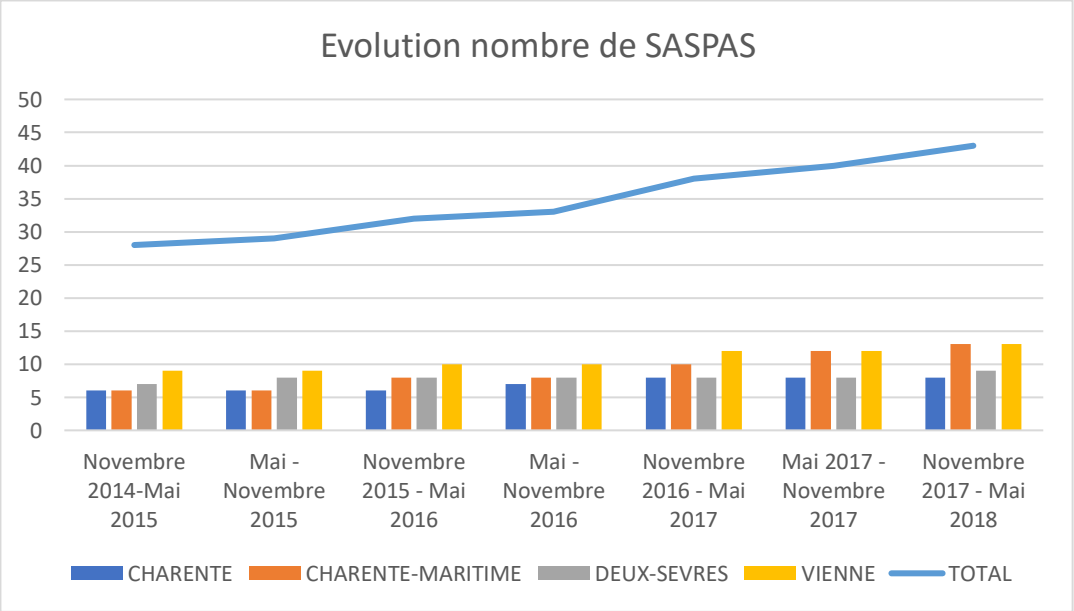
Très formateur, un bon elan avant de se lancer dans les remplacements. Permet de connaître différentes façons de faire, différentes pratiques , différents logiciels... Le faire en dernier semestre est vraiment bien je trouve, l'enchainement est plus fluide pour les remplacements, et cela laisse du temps pour travailler sur la thèse et le mémoire.

Je pense qu'il doit être obligatoire dans la mesure où DES d'urgence et de géria existe maintenant.

Des retours de maitres de stage, bienveillants et passionnés, qui m'ont permis une amelioration de mes competences et transmis la passion du métier

Annexe 6 : nombre de postes de SASPAS disponibles sur la période d'inclusion

	CHARENTE	CHARENTE-MARITIME	DEUX-SEVRES	VIENNE	TOTAL
Novembre 2014-Mai 2015	6	6	7	9	28
Mai - Novembre 2015	6	6	8	9	29
Novembre 2015 - Mai 2016	6	8	8	10	32
Mai - Novembre 2016	7	8	8	10	33
Novembre 2016 - Mai 2017	8	10	8	12	38
Mai 2017 - Novembre 2017	8	12	8	12	40
Novembre 2017 - Mai 2018	8	13	9	13	43



RESUME

INTRODUCTION : Le SASPAS, stage ambulatoire en autonomie supervisée, dit professionnalisant, réalisé en dernière année, facultatif, a pour but d'améliorer les compétences en Médecine Générale. L'objectif principal de ce travail était d'étudier l'influence du stage en évaluant et comparant entre SASPAS et non SASPAS, les difficultés ressenties lors du début d'exercice des jeunes médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODES : Nous avons mené une étude observationnelle, quantitative, descriptive, monocentrique, rétrospective par questionnaire anonyme envoyé par courriel. Etaient inclus, les internes de médecine générale des promotions 2012, 2013 et 2014 de la faculté de Médecine de Poitiers, ayant validé le DES de Médecine générale, du 10 décembre 2018 au 25 janvier 2019.

RESULTATS : Le taux de participation était de 41,64%. 101 (73.7%) avaient effectué un stage SASPAS versus 36 (26,3%). Les SASPAS éprouvaient plus de facilité sur la gestion des pathologies de médecine générale contrairement aux non SASPAS (p=0.0025). Les difficultés ressenties concernaient la comptabilité et la gestion administrative (53%) conformément à la littérature, sans influence du SASPAS. Il y avait 59.1% de remplaçants, 19.7% d'installés, 11.7% de collaborateurs, 9.5% de salariés sans influence significative du SASPAS (p=0.0798) sur l'activité actuelle. Le SASPAS avait une influence significative sur le fait de devenir maître de stage (p=0.0210).

CONCLUSION : Le SASPAS facilite le début d'exercice concernant les pathologies de médecine générale. Maintenant obligatoire, il serait intéressant de réévaluer son impact sur les débuts d'exercice et sur l'installation en ambulatoire.

MOTS CLES : SASPAS, influence, Médecine Générale, difficultés, installation.

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 !