

# UNIVERSITÉ DE LILLE FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année: 2021

# THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Identification de l'étudiant en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé, par les patients le rencontrant en consultation. Etude quantitative via questionnaires remis aux patients

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021 à 16H au Pôle Formation

## par Benjamin VOISEUX

JURY
Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le l'Tolesseur Omisiophie BERRITOUT

Assesseur:

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Liste des abréviations

SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

DES : diplôme d'études spécialisées

OMS : organisation mondiale de la santé

MSU : maître de stage des universités

N1 : stage ambulatoire de niveau 1

UPL : unité pédagogique locale

CHRU: centre hospitalier régional universitaire

CNGE : collège national des généralistes enseignants

ARS : agence régionale de santé

DMG : département de médecine générale

IMG : interne de médecine générale

GEP : groupe d'échanges de pratiques

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

ALD : affection longue durée

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IFOP: institut français d'opinion publique

## Table des matières

Int	rod	luction	9
I.	Н	listorique de l'internat de médecine générale	11
/	۹.	Ordonnance Debré	11
I	В.	Loi Faure	13
(	C.	Création du numérus clausus	13
I	D.	Loi du 13 juillet 1972	14
ı	Ε.	Commission Fougère	14
ı	F.	Arrêté du 6 septembre 1985	15
(	G.	Décret du 7 avril 1988	15
ŀ	Н.	Décret du 16 mai 1997	15
I	l.	Arrêté du 19 octobre 2001	15
,	J.	1 <sup>er</sup> novembre 2003	15
I	K.	Décret du 16 janvier 2004	16
I	L.	Décret du 25 novembre 2016	16
I	M.	Loi du 24 juillet 2019	16
II.	S	ASPAS	17
/	۹.	Caractéristiques	17
ŀ	В.	Modalités pour l'interne	17
(	C.	Modalités pour le MSU	18
I	D.	Le cadre pédagogique	18
	1.	Accueil de l'interne	18
	2.	Supervision directe	19
	3.	Supervision indirecte	19
	4.	. Evaluation intra stage	19
	5.	. Evaluation finale	19
I	Ε.	Evaluation de l'UPL par l'interne en SASPAS	20
III.		Terrains de stage et organisation des UPL	20
1	۹.	Terrains de stage	20
I	В.	Organisation générale	21
	1.	. Pédagogique	21
	2.		
IV.		Objectifs finaux du stage SASPAS	
٧.	J	ustification de notre étude	22
VI.		Objectifs de l'étude	23

Maté	riel et méthode	24
I. T	Type d'étude	24
II. P	Population étudiée	25
A.	Critères d'inclusion	25
B.	Critères d'exclusion	25
III.	Stratégie de mise en place de l'enquête	25
A.	Contact des internes	25
B.	Contact des MSU	26
IV.	Cadre réglementaire	26
A.	Déclaration CNIL	26
B.	Participation à l'étude et financement	26
V. F	Rédaction	26
VI.	Analyses statistiques	27
Résu	ıltats	28
I. C	Diagramme de flux	28
II. S	Statistiques descriptives univariées	28
A.	UPL participantes	28
B.	Démographie des patients interrogés	
1	Sexe	29
2	2. Age	29
3	B. Catégories socio professionnelles	30
4	Lieux d'habitation des patients	30
5	5. Proportion des patients en ALD	31
C.	Relation patient - médecin maître de stage	31
1	l. Durée de suivi au cabinet	31
2	2. « L'interne que vous consultez, remplace-t-il votre médecin traitant ? »	32
3	3. Fréquence de consultation au cabinet	32
D.	Maîtrise de stage	33
1	Evaluation de la connaissance des patients sur l'accueil d'internes	33
2	2. Evaluation du mode de transmission de cette information	33
E.	La prise de rendez vous	34
1	Information du patient que l'interne consulte	34
2	2. Mode de transmission de l'information	34
3	B. Mode de présentation de l'étudiant	35
4	L. Accord du patient pour la consultation avec l'interne	36

	F.	La consultation	. 36
	1	. Présentation de l'interne au patient	. 36
	2	. Connaissance de l'existence d'une rétroaction par le patient	. 37
	3	Estimation de la fréquence des rétroactions par le patient	. 38
	G.	Représentation de l'interne en médecine générale par le patient	. 38
	1	. Niveau d'années universitaires post baccalauréat	. 38
	2	. Spécialité médecine générale	. 39
	3	. Droits de prescription de l'interne en SASPAS	. 40
	H.	Evaluation de la distinction entre le remplaçant et l'étudiant	. 41
	I.	Proposition au patient de participer à l'optimisation de ce stage	. 42
	J.	Evaluation de la satisfaction du patient sur les informations données	. 42
Ш	<b>.</b>	Statistiques descriptives bivariées	. 42
	A. spé	Influences socio démographiques du patient sur la connaissance de l'existence de cialité médecine générale de l'interne en SASPAS	
	1	. Lien entre l'âge du patient et la connaissance de la spécialité médecine générale	42
	а	) Tableau croisé dynamique âge / spécialité	. 42
	b	) Test d'indépendance du Khi ² âge / spécialité	. 43
	2. spé	Lien entre la catégorie socio professionnelle des patients et la connaissance de la cialité médecine générale	44
	а	) Tableau croisé dynamique profession / spécialité	. 44
	b	) Test d'indépendance du Khi 2 profession / spécialité	. 45
	3. spé	Lien entre la fréquence de consultation des patients et la connaissance de la cialité médecine générale	46
	а	) Tableau croisé dynamique fréquence de consultations / spécialité	. 46
	b	) Test d'indépendance du khi² fréquence de consultations / spécialité	. 46
	B.	Influence du genre du patient sur la connaissance de l'année d'études du SASPAS	. 47
D	iscu	ıssion	49
I.	F	orces de notre étude	. 49
	A.	Accessibilité de l'investigation	. 49
	B.	Echantillon représentatif	. 49
	C.	Peu de critères d'exclusions	. 49
	D.	Période de recueil longue	. 49
	E.	Anonymat	. 49
II.	F	aiblesses de notre étude	. 50
	A.	Complexité de la méthode utilisée	. 50
	R	Quantité de sondages	50

C.	Biais	50
1.	De sélection des internes	50
2.	De sélection des patients	50
3.	De sélection des questions	50
D.	Réponses induites	51
E.	Complexité dans les modalités de réponses	51
III. Ir	nterprétation des résultats	51
A. S	tatistiques descriptives univariées	51
1.	Démographie	51
2.	Relation patient – maître de stage	52
3.	Maîtrise de stage	53
4.	La prise de rendez vous	53
5.	La consultation	54
6.	Représentation de l'interne en médecine générale par le patient	54
7.	Evaluation de la distinction entre remplaçant et étudiant	56
8.	Proposition au patient de participer à l'optimisation de ce stage	56
9.	Satisfaction du patient sur les informations données	57
B. S	tatistiques descriptives bivariées	57
1. la s	Influences socio démographiques du patient sur la connaissance de l'existence de pécialité « médecine générale » de l'interne en SASPAS	
2.	Influences du genre sur la connaissance de l'année d'études de l'interne	58
IV. P	erspectives	58
Conclus	sion	50
Bibliogr	raphie	51
•		
Annexe	s(	<b>3</b> 5

## Introduction

Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) est devenu obligatoire depuis la réforme du diplôme d'études spécialisées (DES) en 2017.

Il se réalise en troisième année de DES, lors de la phase dite d'approfondissement de l'internat de médecine générale.

L'internat de médecine générale comprend actuellement une phase socle, d'une durée de 1 an et une phase d'approfondissement, d'une durée de 2 ans.

C'est un stage autonome ambulatoire en soins primaires.

Selon l'OMS, les soins de santé primaires « constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble »

« Elle vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins. »

« Allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (1)

Le stage est dit « autonome » puisque l'interne en médecine générale réalise les consultations seul avec le patient.

Il est également dit « supervisé » de par la présence au sein du cabinet d'un maître de stage des universités (MSU).

Les soins ambulatoires sont les soins de ville. Ce sont les soins « effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire ». (2) Ils sont dispensés par les professionnels de santé libéraux.

Le SASPAS se réalise dans la prolongation du stage ambulatoire de niveau 1 (N1), de 1ère année de DES de médecine générale, ou l'étudiant y réalisait, les consultations en présence du maître de stage.

C'est le stage, par excellence, de la maquette qui permet aux étudiants de se confronter, enfin, pleinement à l'exercice de la médecine qu'ils pratiqueront quotidiennement.

La médecine de soins primaires, proche du patient, et loin des grands centres hospitaliers que nous parcourrons pendant toute la durée des études universitaires.

Par ailleurs, grâce au regroupement en Unités Pédagogiques Locales (UPL), le stage se déroule avec 2 voire 3 maîtres de stage différents, qui exercent, ou non, au sein du même cabinet.

Ce mode de fonctionnement permet de découvrir d'avantage de manières d'exercer la médecine et d'avantage de secteurs d'activités.

La possibilité d'avoir un avis téléphonique auprès du maître de stage pendant la journée de consultations ainsi que la réalisation de rétroactions, font tout l'intérêt et toute la force de ce stage. Les rétroactions permettent à l'interne d'aborder notamment les consultations les plus complexes avec le maître de stage.

En pratique, la distinction interne SASPAS et médecins remplaçants, n'est pas toujours réalisée par les patients, voire même par les secrétariats. Hors, il semble important de savoir qui est le praticien avec qui se déroule la consultation afin d'obtenir une relation médecin-patient de bonne qualité.

Nous allons dans un premier temps, retracer l'histoire de l'internat de médecine générale puis étudier les aspects réglementaires du stage SASPAS. Ensuite, nous justifierons notre étude et en poserons les objectifs.

## I. Historique de l'internat de médecine générale

En France, depuis la 2<sup>nde</sup> moitié du XXe siècle, la formation des médecins généralistes à connue de nombreux changements.

#### A. Ordonnance Debré

En 1958, la loi Debré marque la naissance des Centres Hospitaliers Universitaires.

C'est le rapprochement, des facultés de médecine et des hôpitaux de haut niveau sur un seul site géographique et territorial.

Ce mode de fonctionnement valorise les soins hospitaliers et favorise principalement la recherche scientifique de spécialité.

C'est le triomphe des médecines dites « d'organes » et de leurs prouesses.

Le but de cette politique est de mettre fin au départ de l'élite médicale vers les cliniques privées.

<u>Art. 1er</u>: « Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance ». Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ». (3)

En décembre 1958, sont ainsi crées les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU) par ordonnances portées par le Pr Robert Debré.

Le premier à sceller cette union est le CHU de Poitiers, en 1961. Le dernier sera le CHU de la Réunion, en 2007.

Depuis cette réforme tous les médecins qui quittent les bancs de la faculté ont été formés en CHU.

Naît alors la fonction de praticien hospitalo-universitaire, à la fois médecin à l'hôpital et enseignant à l'université. (4)



Figure 1: L'invention des CHU (4)

#### B. Loi Faure

Loi d'orientation de l'enseignement supérieur, le 12 novembre 1968, elle institue le libre accès à l'université pour tous les bacheliers. (5)

Elle procède à la suppression du concours de l'externat (créé par Bonaparte en 1802) afin de permettre à tous les étudiants de bénéficier de la formation pratique hospitalière.

L'externat constituait le mode de formation des étudiants de médecine au sein des hôpitaux au XIXe siècle. « L'admission s'y faisait alors par concours et était suivie de la présentation au concours de l'internat ». (6)

Il existait donc une formation à deux vitesses où l'une était dispensée uniquement par l'université, alors que l'autre était dispensée uniquement par l'hôpital (hospice).

Depuis la Loi Faure, tous les étudiants en médecine suivent désormais une formation pratique qu'est l'externat à l'hôpital, et une formation théorique à l'université.

C'est maintenant un seul et même cursus pour tous.

#### C. Création du numérus clausus

La suppression du concours de l'externat engendre une augmentation importante d'étudiants en médecine, passant de 35 000 en 1963, à plus de 59 000 en 1967. (7)

La loi du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi Faure.

Elle permet aux ministres de l'Éducation et de la Santé d'arrêter le nombre des étudiants de première année du premier cycle des études médicales ou odontologiques admis à entrer en deuxième année du premier cycle.

C'est ainsi que naît le numérus clausus.

« Il désigne un nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé qui sont réglementées ». (8)

Ce sont alors les capacités formatrices des hôpitaux qui déterminent ces effectifs, ce qui permet une régulation de la démographie médicale. (9)

## Évolution du numerus clausus annuel en médecine depuis 1972

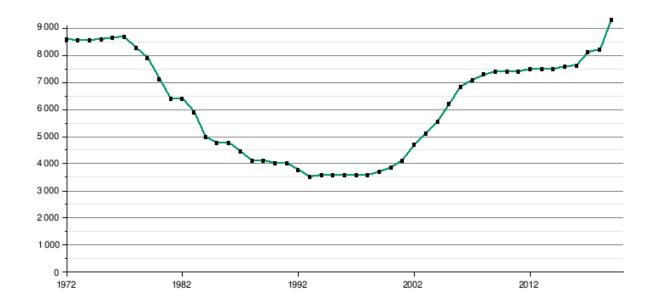


Figure 2 : Evolution du numérus clausus (9)

Le numérus clausus sera finalement supprimé presque 40 années après sa création, lors de la rentrée universitaire 2020. Les principaux objectifs étant de diversifier les voies d'accès à la pratique médicale et de faciliter les réorientations. (10)

## D. Loi du 13 juillet 1972

Elle donne aux étudiants l'autorisation d'effectuer une partie de leur pratique auprès d'un médecin généraliste.

Elle fait suite à la demande d'une association d'étudiants au Conseil National de L'Ordre des Médecins, qui fera paraître un avis favorable. (11)

C'est la naissance du stage chez le praticien. Ce stage est autorisé et non obligatoire.

#### E. Commission Fougère

Elle propose le 1er avril 1975, la création d'un 3ème cycle de médecine générale. (12)

Il comprend 18 mois de stages hospitaliers, 3 à 6 mois de stage en ville (ou en structure de soins primaires) ainsi qu'un enseignement théorique de 150H

Le stage du médecin généraliste auprès du praticien est ainsi pleinement acté.

Sa mise en place doit beaucoup au Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et à l'appui du Conseil National de l'Ordre des Médecins. (13)

## F. Arrêté du 6 septembre 1985

Il porte sur l'organisation du 3ème cycle des études médicales et applique à celui-ci une durée de deux ans.

Il comprend une formation théorique et pratique. La durée de l'enseignement théorique est fixée à 200 heures.

#### G. Décret du 7 avril 1988

Après évaluation des pratiques, ce nouveau décret redéfinit l'organisation du 3ème cycle de médecine générale. (14)

Le cursus de médecine générale comporte désormais 4 semestres en milieu hospitalier.

Environ vingt demi-journées de stage chez le praticien et un enseignement théorique spécifique de 150 à 200 heures.

#### H. Décret du 16 mai 1997

C'est la création du stage obligatoire de 6 mois chez le praticien ou en structure de soins primaires. (15)

Il correspond à l'allongement du troisième cycle à 2 ans et demi.

#### I. Arrêté du 19 octobre 2001

Introduction d'un second stage ambulatoire avec un allongement du 3ème cycle à trois ans. (16)

Les étudiants doivent désormais réaliser deux semestres libres, l'un d'eux se faisant « préférentiellement en secteur ambulatoire ».

#### J. 1er novembre 2003

C'est la création du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS), suite aux conclusions d'un groupe de travail sur le 6è semestre, dirigé par le Professeur Nemitz, doyen de la faculté de médecine d'Amiens.

La conception est nouvelle. Désormais, l'interne travaille en autonomie et bénéficie d'une supervision indirecte ou différée.

## K. Décret du 16 janvier 2004

Création du diplôme d'études spécialisées de médecine générale avec instauration de l'examen national classant, obligatoire pour tous les étudiants en médecine en fin de second cycle. (17)

La médecine générale est désormais reconnue comme une spécialité à part entière.

#### L. Décret du 25 novembre 2016

Réforme du troisième cycle des études médicales avec entrée en application à partir de novembre 2017. (18)

Le troisième cycle, ou internat de médecine générale s'organise, en 2 phases d'apprentissage successives : (19)

- ✓ Phase 1, phase socle (1 an ): acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession.
- ✓ Phase 2, phase d'approfondissement ( 2 ans ) : acquisition approfondie des connaissances et compétences nécessaires.

#### M. Loi du 24 juillet 2019

Relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, elle supprime le numerus clausus à compter de la rentrée universitaire 2020.

Selon les nouvelles modalités, les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement.

Ce sont les universités sur avis conforme des agences régionales de santé qui déterminent ces capacités. (20)

#### II. SASPAS

Le stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée se déroule au sein d'un ou de plusieurs cabinets de médecine générale en ville, donc en extra hospitalier.

L'interne effectue des consultations seul, au cabinet, ou en visite à domicile, comme le font les médecins de famille.

Il est supervisé à distance de la consultation, le plus souvent en fin de journée. Il effectue alors des rétroactions avec le maitre de stage.

Les dossiers des patients reçus en consultation par l'interne sont ré étudiés pour parfaire la formation pratique de l'interne et incrémenter son autonomie.

Par ailleurs, pendant ces consultations, l'étudiant à la possibilité de joindre le maître de stage à tout moment, s'il le juge nécessaire.

## A. Caractéristiques

Le SASPAS est un stage Ambulatoire en Soins primaires et en Autonomie Supervisée.

Son cadre est fixé par la circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS. (21)

Il est actuellement ouvert aux internes de médecine générale de 5èmes et 6èmes semestres et se déroule au cabinet de maîtres de stage des Universités (MSU).

## B. Modalités pour l'interne

L'Interne de Médecine Générale effectue 10 demi-journées d'activité par semaine.

- « Deux demi-journées sont dédiées à la formation universitaire et huit demi-journées à la pratique en ambulatoire »
- « Il doit réaliser en moyenne 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie » (22)

Un minimum théorique de consultations pour qu'il soit confronté à un nombre suffisant de situations nécessaires à sa formation.

Un maximum théorique de consultations pour pouvoir conserver un temps de réflexion sur sa pratique quotidienne.

Le rythme et la cadence des consultations doit être progressive, selon les capacités personnelles de l'interne. Pour valider le semestre SASPAS, le stage doit avoir une durée minimale de quatre mois.

## C. Modalités pour le MSU

Les maitres de stages universitaires doivent être agréés par le Département de Médecine Générale et l'Agence Régionale de Santé.

Ils doivent exercer en médecine générale ambulatoire depuis plus de 2 ans et répondre aux obligations de la charte des MSU.

Il est nécessaire de participer à des actions de formation continue.

Le cabinet médical doit permettre à l'interne de consulter en autonomie, dans de bonnes conditions matérielles médicales et informatiques.

« Le MSU doit réaliser un nombre d'actes compris entre 2 500 et 7 000 actes par an » (22)

Il doit avoir bénéficié d'une formation au SASPAS. Elle comprend des formations locales et des séminaires de formation du Collège National des Généralistes Enseignants.

Il doit prévenir son assurance responsabilité civile de son activité de MSU SASPAS.

La responsabilité du MSU est engagée en cas de dommage causé à un patient puisque l'interne exerce par délégation.

Le MSU signe une convention relative à l'accueil d'un interne de médecine générale effectuant le SASPAS, adressée par l'ARS.

Cette convention est valable 5 ans sauf retrait d'agrément par le département de médecine générale.

#### D. Le cadre pédagogique

#### 1. Accueil de l'interne

Le cadre de travail est alors précisé. Il porte sur une relation de confiance et de transparence.

Ce temps permet de positionner l'interne de médecine générale: ses motivations ainsi que sa formation actuelle et antérieure, définir son projet professionnel et ses attentes.

Les temps de supervision, les rencontres de l'unité pédagogique, les traces écrites demandées à l'IMG, l'organisation des plannings et la liste des principaux correspondants du MSU sont abordés.

L'interne prend connaissance de l'organisation du MSU en consultation, du matériel médical et des outils informatiques.

## 2. Supervision directe

Un premier temps, consiste pour le maître de stage à observer l'interne de médecine générale seul en consultation, pour évaluer ses capacités.

Le temps de la mise en autonomie est ensuite variable et interne dépendant.

## 3. Supervision indirecte

Sous forme d'entretiens pédagogiques, présentiels ou téléphoniques, ils permettent une relecture des consultations.

La supervision indirecte « aborde les données médico-psycho-sociales, la démarche diagnostique, le projet thérapeutique ainsi que la satisfaction du patient et de l'IMG » (22)

## 4. Evaluation intra stage

Le journal de bord permet de recueillir les cas cliniques pertinents et intéressants, rencontrés par l'interne.

L'auto-questionnaire est complété avec le MSU, il porte sur les nouvelles compétences acquises par l'interne au cours du semestre.

L'évaluation passe également par le retour des patients, des confrères ou des professionnels locaux ayant travaillé avec l'interne en SASPAS.

#### 5. Evaluation finale

Elle permet aux MSU de faire une évaluation pédagogique sur le déroulement du stage afin de déterminer sa validation ou son invalidation.

L'IMG présente ses traces d'apprentissage, son journal de bord, et fait le bilan des compétences acquises lors du semestre.

La grille de validation de stage est ensuite complétée en concertation avec l'interne et remise au département de médecine générale.

## E. Evaluation de l'UPL par l'interne en SASPAS

La validation du stage est également subordonnée à la remise de la grille d'évaluation de l'UPL, cette fois, par l'interne en SASPAS.

Cette grille permet d'évaluer de façon globale le bon déroulement de ce stage, vécu par l'interne. (23)

Temps de travail, respect des réglementations et outils pédagogiques y sont répertoriés.

## III. Terrains de stage et organisation des UPL

#### A. Terrains de stage

En Mars 2021, le Nord et le Pas de Calais comportent 96 Unités Pédagogiques Locales (UPL) réparties sur l'ensemble du territoire. L'organisation des Maîtres de Stages Universitaires (MSU) se fait par binôme voire trinôme.

Les MSU accueillant des internes en SASPAS sont regroupés par affinité entre eux, par proximité géographique ou par décision du DMG.

Un nombre important de trinômes a été scindé afin de proposer d'avantage de postes en SASPAS et répondre aux nouvelles exigences gouvernementales suite à la forme du DES de médecine générale.



Figure 3 : Cartographie des UPL de la région Hauts de France en mai 2021 (24)

## B. Organisation générale

## 1. Pédagogique

Les UPL organisent des groupes d'échanges de pratique (GEP) d'internes durant les stages ambulatoires SASPAS en UPL et également inter UPL. Ces GEP sont obligatoires.

Les groupes d'échanges de pratiques s'appuient sur la réalité des situations professionnelles de chacun. Les sujets abordés sont choisis par les internes.

Ils permettent de s'enrichir de la vision des autres internes et des autres MSU sur des cas cliniques bien concrets.

#### Administrative

Le temps de travail réglementaire de l'interne est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur 3 mois. (25)

Pour favoriser l'éloignement de la métropole lilloise, l'Etat verse aux internes qui s'éloignent de plus de 15 kilomètres de la Faculté une indemnité kilométrique. (26)

L'interne souhaitant en bénéficier en fait la demande à la Direction des Affaires Médicales du CHRU.

#### IV. Objectifs finaux du stage SASPAS

Les objectifs de stage répertoriés par la faculté de médecine de Lille sont les suivants : (27)

- « Développer en l'argumentant un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires »
- 2. « Savoir intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences ».
- 3. « Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours »
- 4. « Hiérarchiser et gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient »
- 5. « Intégrer et articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les

- soins, y compris palliatifs et de réadaptation »
- 6. « Gérer le premier contact avec les patients. Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient »
- 7. « Gérer l'outil professionnel »
- 8. « Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés »
- 9. « Actualiser et développer ses compétences de manière individuelle »

#### V. Justification de notre étude

Les principales thèses concernant le SASPAS ont été réalisées à une époque où celuici n'était pas encore rendu obligatoire.

Son caractère obligatoire, récent, va confronter davantage de cabinets et davantage de patients aux étudiants SASPAS.

Les études s'accordent à dire que le ressenti des patients vis-à-vis des internes autonomes est globalement positif.

Comme le présentait déjà la thèse quantitative du Dr Beaujouan, à la faculté de Créteil en **2007**, « Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de Créteil » (28) les internes de médecine générale étaient bien acceptés par les patients.

Ils se déclaraient satisfaits des consultations et prêt à le revoir si besoin. Avait été noté qu'il était possible d'améliorer encore la satisfaction des malades, en informant mieux sur la place et le rôle de celui qui les prend en charge.

Remarquons qu'à l'époque, le chercheur notait que ces résultats rendaient regrettable que peu d'internes aient accès au SASPAS, notamment pour des raisons budgétaires. Ce problème est aujourd'hui résolu puisqu'il est obligatoire.

La thèse quantitative du Dr Benhenida Cuvelier, à la faculté de Paris 7, en **2012**, « Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale » (29) démontre que les patients de ville qui acceptent de voir les internes en consultation en tirent une grande satisfaction. Ils lui font confiance et le voient comme un professionnel à part entière.

Cette étude autour de la place de l'interne en médecine libérale avait notamment pour but d'encourager les jeunes médecins installés à ouvrir leurs cabinets comme terrains de stage.

En **2015**, le travail de thèse du Dr Bourtreel, à la faculté de Lille 2, « Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS. Une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais » (30) montre qu'il semble exister

des lacunes quant à l'information délivrée au patient sur l'interne en SASPAS.

Avait été noté, qu'il serait intéressant de confirmer ces résultats par une étude de plus grande puissance. Un quart des patients ne s'estimaient pas suffisamment informés sur l'interne en SASPAS. Avait alors été émise l'hypothèse de réfléchir à un moyen d'information fiable et accessible aux patients.

Le Dr Vanhaecke, en **2019**, à Lille 2, dans une thèse intitulée « État des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome. Étude quantitative dans l'UPL 13 » (31), met en évidence une bonne connaissance des patients sur le statut de l'interne et ses compétences. Il montre qu'ils ont une connaissance meilleure des capacités et compétences de l'interne que du contenu de sa formation.

Il conclut qu'une meilleure perception de l'interne et de son statut par le patient reste indispensable pour améliorer encore la prise en charge de celui-ci. Plus le patient aura une confiance comparable à celle qu'il a pour son médecin traitant, plus l'adhésion au projet thérapeutique sera satisfaisante.

La consultation avec l'interne en SASPAS semble pour le patient, notamment, faciliter l'accès aux soins, lutter contre la désertification médicale et parfois apporter un regard nouveau sur leur dossier.

Un élément est finalement récurrent dans ces études: une meilleure information est toujours souhaitée de la part des patients : qui est le SASPAS ?

En tentant de répondre à cette question, nous souhaitons développer encore d'avantage la relation de confiance Interne SASPAS – Patient, à la base même de la relation Médecin – Patient.

#### VI. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de déterminer comment le patient perçoit l'étudiant SASPAS, au décours d'une consultation avec lui, en cabinet de médecine générale de ville, au sein des UPL du Nord et du Pas de Calais, pendant le premier et le second semestre 2021.

L'objectif secondaire sera d'essayer de déterminer si la perception du SASPAS qu'a le patient est différente selon ses caractéristiques socio démographiques.

## Matériel et méthode

## I. Type d'étude

Nous avons eu recours à une étude observationnelle, quantitative, descriptive par questionnaires destinés aux patients, bénéficiant d'une consultation avec l'interne en SASPAS.

Le questionnaire était proposé par l'interne aux patients en fin de consultation, au sein des Unités Pédagogiques Locales rattachées au département de médecine générale de Lille.

Les réponses étaient retranscrites par l'interne.

Le questionnaire était accessible en ligne via un lien LimeSurvey ® entre le 09 mars 2021 et le 23 septembre 2021. C'est un logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaires en ligne. [Annexe 1]

Il comportait cinq premières parties abordant respectivement les données socio démographiques des patients, la relation avec le MSU, la capacité de maîtrise de stage du MSU, les modalités de prise du rendez-vous de consultation et le déroulement de la consultation.

La sixième partie abordait la représentation que se faisait le patient de l'interne en médecine générale.

Nous avons proposé principalement des questions fermées ou à choix multiples pour optimiser le recueil de données. Uniquement deux questions étaient à réponse ouverte : « identification de l'UPL » ; « Avez-vous des conseils à proposer pour optimiser ce type de consultation ? »

L'enquête comportait un total de 22 questions.

Les tests effectués au préalable, avec d'autres internes de médecine générale, démontrent une bonne compréhension de celui-ci et un temps de remplissage d'environ 6 minutes.

La population cible était les patients majeurs bénéficiant d'une consultation avec l'interne de médecine générale en SASPAS pendant le semestre d'été 2021.

## II. Population étudiée

#### A. Critères d'inclusion

L'ensemble des patients bénéficiant d'une consultation avec un interne en SASPAS, et, acceptant de répondre au questionnaire, étaient inclus.

#### B. Critères d'exclusion

Les patients mineurs ; dans l'incapacité physique ou intellectuelle de répondre ; refusant le questionnaire ou ne maîtrisant pas la langue française étaient exclus.

## III. Stratégie de mise en place de l'enquête

#### A. Contact des internes

La recherche des internes en SASPAS a été effectuée via l'arrêté du 18 octobre 2018.

Arrêté relatif à « l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2018 – 2019 » (32)

Nous avons utilisé la fonction « recherche sélective » afin d'identifier l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de Lille, de la promotion 2018.

50 % de cette promotion étaient en SASPAS lors de notre étude, selon les modalités de la maquette de stage du département de médecine générale.

Nous avons utilisé le moteur de recherche de la messagerie universitaire Zimbra ® pour retrouver chacune des adresses mails des internes à partir de chacun de leur nom. Les internes ont ensuite été contactés via cette adresse mail facultaire.

Le concept de l'étude ainsi que son objectif étaient détaillés. Le questionnaire était accessible via un lien internet inséré dans le mail. Nos coordonnées étaient mentionnées afin de répondre aux éventuelles questions. Un total de trois relances a été effectué pendant la période de recueil. [Annexe 2]

En parallèle, pour optimiser la diffusion de notre étude, nous avons fait trois relances sur le groupe du réseau social de la promotion 2018 (Quesnay) pendant la période de recueil.

Des invitations personnelles ont également été proposées à notre répertoire d'internes.

#### B. Contact des MSU

La liste des Unités Pédagogiques Locales mentionnant les maîtres de stages de la faculté nous a été transmise par le département de médecine générale.

Nous avons notifié les maîtres de stage de notre étude via la messagerie facultaire. Les adresses mails ont été retrouvées via le moteur de recherche à partir des noms des MSU. L'objectif était de les informer du déroulement de l'étude et de les inviter à y faire participer leurs internes.

En parallèle, nous avons contacté les UPL par téléphone à une reprise. Le message transmis aux secrétariats était le suivant: détails, objectifs de l'étude ainsi que nos coordonnées si souhait d'informations complémentaires.

## IV. Cadre réglementaire

#### A. Déclaration CNIL

La déclaration de traitement au registre de l'Université de Lille a été effectué le 15 février 2021.

La déclaration de conformité n° 2021-46 nous a été retourné par mail le 3 mars 2021. [Annexe 3]

## B. Participation à l'étude et financement

La participation des internes et des patients était libre et spontanée. Toutes les données ont été recueillies de manière anonyme. Ce travail n'a fait l'objet d'aucun financement public ou privé.

#### V. Rédaction

La rédaction s'appuie sur les lignes directrices STROBE relatives aux études observationnelles. (33)

« Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology ». Référence internationale des études observationnelles.

## VI. Analyses statistiques

L'ensemble des données ont été recueillies via Limesurvey ® puis extraites et analysées sous la forme d'un tableur Excel ®.

Les analyses statistiques ont été effectuées avec l'aide de Institut de recherche sur l'enseignement des mathématiques de la réunion et de SPSS statistiques ®.

Les intervalles de confiance étaient standardisés à 95 %.

Nous avons utilisé le Test du Khi 2 pour évaluer l'indépendance entre les variables qualitatives, avec un seuil de signification à 0.05 %.

Nous avons utilisé le Test T de Student pour évaluer l'indépendance des moyennes, avec un seuil de signification à 0.05 %.

Les analyses bivariées ont été confirmées via Biostatgy ®. [ Annexe 4 ]

## Résultats

## I. Diagramme de flux

Au terme de l'échéance, nous avons obtenu un total de 184 questionnaires.

76 questionnaires ont été exclus. Ils correspondaient à des questionnaires enregistrés mais laissés sans réponses (42) et à des questionnaires aux réponses non exploitables (34).

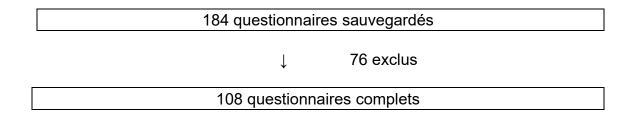


Figure 4 : Diagramme de Flux

Nous avons traité 108 questionnaires complets.

Le temps de réponse moyen observé était de 385,44 secondes, soit 6 min et 42 secondes. L'écart à la moyenne était de 174,49 secondes. Le plus court temps de réponse était de 89, 9 secondes et le plus long était de 2 748 secondes.

## II. Statistiques descriptives univariées

#### A. UPL participantes

Nous avons eu la participation des Unités Pédagogiques Locales suivantes :

```
Fourmies (37); Outreau (32); Lille (4); Outreau (13); Dunkerque (10); Faumont (63); Marquion (28); Hellemmes (3); Marly (56)
```

Rumilly en cambraisis / Gouzeaucourt (16); Avesnes les Aubert / Iwuy (85); Quarouble / Quiévrechain (64); Gauchin Verloingt / Arras (29); Dunkerque / Saint Pol sur Mer (11)

Hem (6); Guesnain (27); Cambrai (63); Bousbecque (5); Valenciennes (71); Maubeuge (71); Tourcoing (58)

Jeumont / Feignies (20); Outreau / Saint Martin Boulogne / La capelle les Boulognes (72); Agny / Arras (43)

La proportion d'UPL participantes était de 24 sur les 96 existantes, soit 25 %.

## B. Démographie des patients interrogés

#### 1. Sexe

Les femmes étaient majoritaires, avec un taux de 55,6% ( n = 60).

Les hommes étaient minoritaires, avec un taux de 44,4%. ( n = 48)

		Fréquence	Pourcentage	_	Pourcentage cumulé
Valide	Féminin	60	55,6	55,6	55,6
	Masculin	48	44,4	44,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

<u>Tableau 1 :</u> Répartition des patients selon leur sexe

## 2. Age

Nous avons catégorisé les patients en cinq tranches d'âges distincts.

				Pourcentage	Pourcentage
		Fréquence	Pourcentage	valide	cumulé
Valide	18 à 30 ans	30	27,8	27,8	27,8
	30 à 50 ans	38	35,2	35,2	63,0
	50 à 65 ans	22	20,4	20,4	83,3
	65 à 75 ans	16	14,8	14,8	98,1
	plus de 75 ans	2	1,9	1,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

<u>Tableau 2 :</u> Répartition des patients selon leur âge

Les patients jeunes de 18 à 50 ans étaient majoritairement représentés à 63%.

Les 18 - 30 ans représentaient 27.8 % des patients (n = 30); Les 30 - 50 ans représentaient 35.2 % des patients (n = 38).

Les patients de plus de 50 ans étaient à contrario moins représentés à 37 %.

Les 50 - 65 ans représentaient 20.4 % des patients (n = 22); Les 65 - 75 ans représentaient 14.8 % des patients (n = 16); Les plus de 75 ans représentaient 1.9% des patients (n = 2).

## 3. Catégories socio professionnelles

Nous avons réparti les patients selon six catégories socio professionnelles.

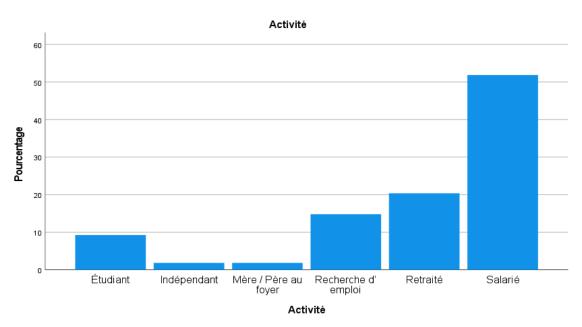


Figure 5 : Répartition des patients selon leur activité professionnelle

Les patients salariés étaient majoritairement représentés à 51.9 % (n = 56).

Puis les retraités à 20.4 % ( n = 22 ) et les étudiants à 9.3 % ( n = 10 ).

Ensuite les personnes recherchant un emploi à 14.8 % ( n = 16).

Enfin les indépendants à 1.9 % (n = 2) et les pères / mères au foyer à 1.9 % (n = 2).

#### 4. Lieux d'habitation des patients

Les trois secteurs géographiques sont représentés dans les proportions suivantes :

- 45 % des patients déclarent habiter en ville (n = 56).
- 36 % des patients déclarent habiter en campagne (n = 44).
- 19 % des patients déclarent habiter en secteur semi rural ( n = 24 ).

#### 5. Proportion des patients en ALD

8 % des patients n'en connaissent pas la signification (n = 10).

24 % des patients sont en ALD (n = 30), alors que 68 % ne le sont pas (n = 84).

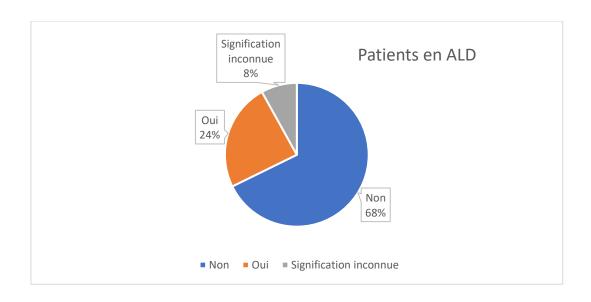


Figure 6 : Répartition des patients selon une éventuelle ALD

## C. Relation patient - médecin maître de stage

## 1. Durée de suivi au cabinet

Nous avons réparti les patients de la façon suivante :

- 24,1 % des patients déclarent être suivis au cabinet depuis plus de 15 ans (n = 26).
- 25,9 % des patients déclarent l'être depuis 5 à 15 ans (n = 28).
- 44,4 % des patients déclarent l'être depuis 1 à 5 ans (n = 48).
- 5,6 % des patients déclarent l'être depuis moins de 1 ans (n = 6).

La majeure partie des patients interrogés avaient une ancienneté de suivi de 1 à 15 ans, soit 70,3 %.

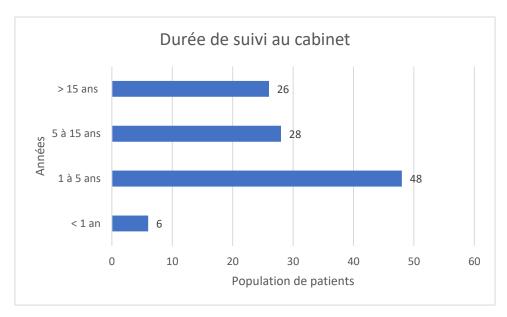


Figure 7 : Répartition des patients selon la durée de suivi au cabinet

2. « L'interne que vous consultez, remplace-t-il votre médecin traitant ? »

La réponse avait 2 modalités : « oui » ou « non ».

68 patients étaient suivis par le maître de stage comme médecin traitant, soit 58,8 % alors que 40 patients ne l'étaient pas, soit 41,2 %.

- 3. Fréquence de consultation au cabinet
- 13 % des patients sont suivis mensuellement (n = 14).
- 51,9 % des patients sont suivis trimestriellement (n = 56).
- 16,7 % des patients sont suivis annuellement (n = 18).
- 18,5 % des patients sont suivis moins de une fois par an (n = 20).

La majorité des patients sont suivis trimestriellement (51,9%), ce qui correspondant à la majorité des fréquences de renouvellement de traitement.

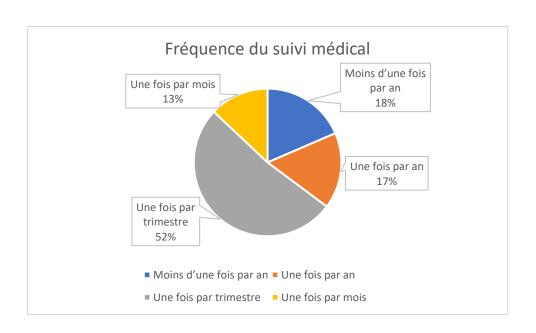


Figure 8 : Répartition des patients selon la fréquence du suivi médical

## D. Maîtrise de stage

## 1. Evaluation de la connaissance des patients sur l'accueil d'internes

La question était « Saviez-vous que votre médecin accueille des internes au sein du cabinet ? »

La réponse avait deux modalités qualitatives : « oui » ou « non ».

La majeure partie des patients (n = 100) sait que leur médecin à un statut de Maître de Stage des Universités, soit 93 %. [87.65; 97.53]

Une partie beaucoup plus mineure (n = 8) n'en a pas connaissance, soit 7 %. [2.47; 12.35]

## 2. Evaluation du mode de transmission de cette information

La question était « Si oui, comment l'avez-vous appris ? ». Elle était à choix multiples, avec six modalités de réponses qualitatives. Nous avons obtenu 146 réponses.

La majorité des patients ont reçu l'information par le Maitre de Stage (n=58), soit 39,73%

40 l'ont appris lors d'une précédente consultation avec un interne, soit 27,4 %.

36 en ont pris connaissance par la secrétaire, soit 24,66 % et 8 via une affiche en salle d'attente, soit 5,48 %.

Aucun patient ne déclare l'avoir vu sur les ordonnances et 4 patients déclarent l'avoir appris autrement, soit 2,74 %.

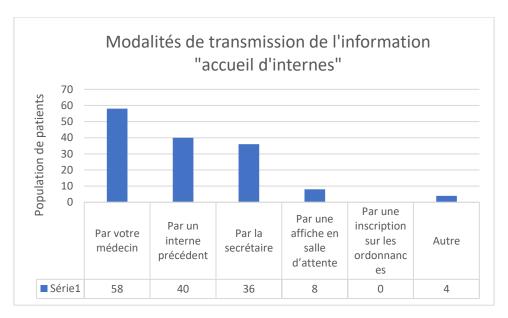


Figure 9 : Modalités de transmission de l'information « accueil d'internes »

#### E. La prise de rendez vous

## 1. Information du patient que l'interne consulte

La question était « Avez-vous été informé que la consultation se déroulerait avec un interne ? ». Elle avait deux modalités de réponses : « oui » ou « non ». 2 patients n'ont pas répondu.

92 patients déclarent avoir été informés, soit 87 %. [80.35 ; 93.24]

14 patients déclarent ne pas l'avoir été, soit 13 %. [6.76 ; 19.65]

#### 2. Mode de transmission de l'information

La question était « Si oui, de quelle manière avez-vous reçu l'information ? ». Le patient avait cinq modalités de réponses possibles, en choix multiples. Nous avons obtenu 106 réponses.

78 patients déclarent avoir reçu l'information de la part de la secrétaire (74%) et 10

patients sur le site de rendez-vous en ligne (9%).

2 patients déclarent avoir reçu l'information via une affiche en salle d'attente (2%) et 8 patients de la part de l'étudiant (7%).

8 patients déclarent avoir reçu l'information d'une autre manière (8%).

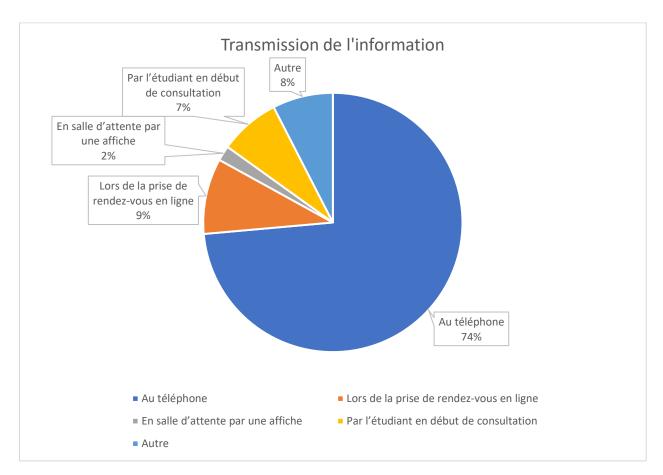


Figure 10: Mode de transmission de l'information au patient

## 3. Mode de présentation de l'étudiant

La question était « Si oui, comment <u>vous a-t-on présenté</u> l'étudiant ? ». Cette question était à choix multiples, avec huit modalités de réponses. Nous avons obtenu 128 réponses.

Pour 68 patients (53,13 %) l'étudiant a été présenté comme un interne ; pour 14 patients (10,94 %) comme un médecin ; et pour 14 autres patients (10,94 %) comme un remplaçant.

Pour 10 patients (7,81 %) l'étudiant a été présenté par son nom ; pour 8 patients (6,25 %) par son prénom ; pour 8 patients (6,25 %) comme un étudiant ; et comme un

SASPAS pour 6 autres patients (4,69 %).

Pour aucun patient, l'étudiant a été présenté comme un stagiaire (0 %) ou d'une autre manière (0 %).

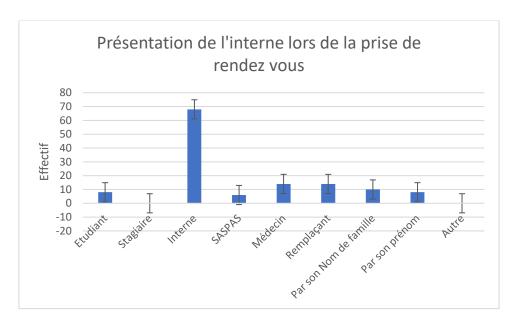


Figure 11 : Présentation de l'interne lors de la prise de rendez vous

## 4. Accord du patient pour la consultation avec l'interne

La question était « Votre accord a-t-il été demandé pour être reçu par l'interne ? ». Le patient avait le choix entre deux modalités de réponses, « oui » ou « non ».

76 patients déclarent avoir donné leur accord pour réaliser la consultation avec l'interne, soit 70 %. [61.76; 78.98]

32 patients déclarent ne pas l'avoir donné, soit 30 %. [21.02 ; 38.24]

#### F. La consultation

## 1. Présentation de l'interne au patient

La question était « Comment l'interne <u>s'est-il présenté</u> à vous ? ». Elle était à choix multiples, avec neuf modalités de réponses qualitatives. Nous avons obtenu 158 réponses.

L'interne s'est présenté comme un interne en médecine générale pour 92 patients (58,23 %); il s'est présenté par son nom pour 18 patients (11,39 %) et par son prénom pour 24 autres (15,19 %).

Pour 12 patients (7,59 %), l'interne s'est présenté comme un médecin et pour 8 autres comme un remplaçant (5,06 %). Il s'est présenté comme un étudiant pour 2 patients (1,27 %) et comme un SASPAS pour 2 autres (1,27 %).

Enfin, pour aucun patient il ne s'est présenté comme un stagiaire ou d'une autre manière.

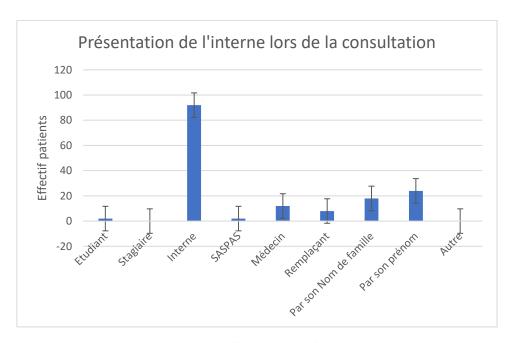


Figure 12 : Présentation de l'interne au patient

#### 2. Connaissance de l'existence d'une rétroaction par le patient

La question était « Pensez-vous qu'un temps est dédié, entre l'interne et le maître de stage, pour discuter des patients vus en consultation par l'interne ? ». Trois modalités de réponses qualitatives étaient proposées.

80 patients déclarent penser qu'un temps est prévu entre l'interne et le MSU pour aborder (ou réaborder) les dossiers, soit 74,1 %. [65.81 ; 82.34]

2 patients déclarent ne pas le penser, soit 1,9 %.

26 patients déclarent ne pas connaître la réponse, soit 24,1 %. [16.01; 32.14]

#### Rétroaction

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Je ne sais pas	26	24,1	24,1	24,1
	Non	2	1,9	1,9	25,9
	Oui	80	74,1	74,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

<u>Tableau 3</u>: Existence d'une rétroaction selon le patient

3. Estimation de la fréquence des rétroactions par le patient

Si le patient estimait qu'il existe une rétroaction, quatre modalités de fréquence étaient proposées : « Toujours » ; « Souvent » ; « Rarement » et « Jamais ».

22 patients pensent que c'est toujours le cas, soit 28,21 %. [18.22 ; 38.19] 56 patients pensent que c'est souvent le cas, soit 71,79 %. [61.81 ; 81.78]

Aucun patient n'a répondu « rarement » ou « jamais » et 30 patients n'ont pas répondu à la question, estimant ne pas faire partie du « si oui ».

### Fréquence des rétroactions

-		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Manquant	<u> </u>	27,8	27,8	27,8
	Souvent	56	51,9	51,9	79,6
	Toujours	22	20,4	20,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Tableau 4 : Fréquences estimées des rétroactions par le patient

- G. Représentation de l'interne en médecine générale par le patient
  - 1. Niveau d'années universitaires post baccalauréat

La question était « En quelle année d'études, après le baccalauréat, pensez-vous que l'interne se situe ? ». Le patient avait le choix entre neuf modalités de réponses quantitatives. Le minimum proposé était « 3 ans » ; le maximum était « 11 ans ».

La moyenne d'années d'études du SASPAS, perçue par le patient était de 6,3 ans, avec un écart type calculé à 2.08.

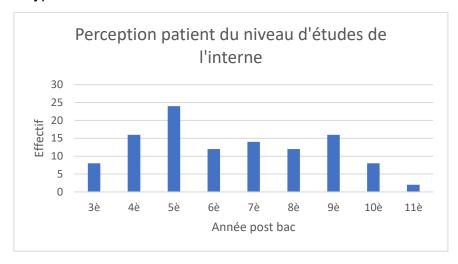


Figure 14 : Perception patient du niveau d'études de l'interne

## 2. Spécialité médecine générale

La question était « Pensez-vous que l'interne a déjà choisi sa spécialité médicale ? »

Pour 42,6 % des patients, la réponse était oui. [33.27 ; 51.92]

Pour 25.9 % des patients, la réponse était non. [17.66 ; 34.19]

Pour 31,5 % des patients, la réponse était inconnue. [22.72 ; 40.24]

Un total de 57,4% des patients interrogés n'ont pas connaissance ou ne savent pas que l'interne en SASPAS exerce la spécialité médecine générale. IC 95% [48.08;66.73]

## Spécialité médecine générale

				Pourcentage	Pourcentage
		Fréquence	Pourcentage	valide	cumulé
Valide	Je ne sais pas	34	31,5	31,5	31,5
	Non	28	25,9	25,9	57,4
	Oui	46	42,6	42,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

<u>Tableau 5</u>: Connaissance de la spécialité du SASPAS par le patient

## 3. Droits de prescription de l'interne en SASPAS

#### Médicaments

La question posée était « Pensez-vous que l'interne a les mêmes droits que votre médecin en ce qui concerne la prescription de médicaments ? »

Trois modalités de réponses qualitatives étaient proposées.

Pour 98 patients, l'interne a les mêmes droits de prescription de médicaments, soit 91%. [85.27; 96.21]

Pour 6 patients, l'interne n'a pas les mêmes droits, soit 5%. [1.24 ; 9.88]

Pour 4 patients, la réponse était inconnue « je ne sais pas », soit 4%. [0.14; 7.27]

## Stupéfiants

La question posée était « Pensez-vous que l'interne a les mêmes droits que votre médecin en ce qui concerne la prescription de médicaments dits stupéfiants ? »

Trois modalités de réponses qualitatives étaient proposées.

Pour 44 patients, l'interne a les mêmes droits de prescription de médicaments stupéfiants, soit 41%. [31.47 ; 50.01]

Pour 30 patients, l'interne n'a pas les mêmes droits, soit 28%. [19.33 ; 36.23]

Pour 34 patients, la réponse était inconnue « je ne sais pas », soit 31%. [22.72 ; 40.24]

#### Réalisation de certificats

La question posée était « Pensez-vous que l'interne a les mêmes droits que votre médecin en ce qui concerne la réalisation de certificats (arrêt maladie, sport...) ? »

Trois modalités de réponses qualitatives étaient proposées.

Pour 88 patients, l'interne a les mêmes droits de réalisation de certificats, soit 81 %. [74.16; 88.81]

Pour 6 patients, l'interne n'a pas les mêmes droits, soit 6 %. [1.24 ; 9.88]

Pour 14 patients, la réponse était inconnue « je ne sais pas », soit 13 %. [6.63 ; 19.30]

## Réalisation d'actes techniques

La question posée était « Pensez-vous que l'interne a les mêmes droits que votre médecin en ce qui concerne la réalisation d'actes techniques, tels que des sutures ou des infiltrations.

Trois modalités de réponses qualitatives étaient également proposées.

Pour 52 patients, l'interne a les mêmes droits de réalisation d'actes techniques, soit 48 %. [38.72 ; 57.57]

Pour 24 patients, l'interne n'a pas les mêmes droits, soit 22 %. [14.38 ; 30.06]

Pour 32 patients, la réponse était inconnue « je ne sais pas », soit 30 %. [21.02 ; 38.24]

## H. Evaluation de la distinction entre le remplaçant et l'étudiant

La question posée au patient était « Faites-vous la différence entre un étudiant et un remplaçant ? »

52 patients ont répondu « oui » ; soit 48,15 %. [38.72 ; 57.57]

56 patients ont répondu « non » ; soit 51,85 %. [42.43 ; 61.28]

La distinction au sein de notre échantillon de patients était donc non aisée.

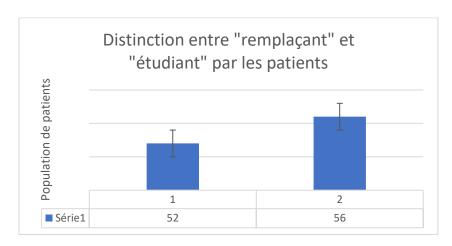


Figure 15 : Distinction entre « remplaçant » et « étudiant » par les patients

I. Proposition au patient de participer à l'optimisation de ce stage

La question était ouverte : « Avez-vous un conseil à donner aux étudiants ou à votre médecin pour améliorer encore d'avantage ce type de consultation ? »

Les réponses étaient globalement positives et encourageantes.

Textuellement on pouvait ainsi lire « Qu'il continue, on en a besoin! » ; « non » ; « rien à signaler » ; « stage d'une durée de 6 mois, c'est court » ; « changement trop fréquent d'internes » ; « changer moins souvent de médecin » ; « non c'est très bien » ; « il faut continuer comme ça ».

62 patients n'ont pas apporté de réponse.

J. Evaluation de la satisfaction du patient sur les informations données

La fin du questionnaire comportait un paragraphe visant à expliquer au patient, le statut de l'interne en SASPAS. Il reprenait son cursus, sa spécialité et les modalités de ce stage ambulatoire.

La question était « avez-vous trouvé cette dernière page utile ? »

102 patients ont répondu « oui » à cette question, soit 94 %. [90.12 ; 98.76] 6 patients ont répondu « non » à cette question, soit 6 %. [1.24 ; 9.88]

### III. Statistiques descriptives bivariées

- A. Influences socio démographiques du patient sur la connaissance de l'existence de la spécialité médecine générale de l'interne en SASPAS
- Lien entre l'âge du patient et la connaissance de la spécialité médecine générale
- a) Tableau croisé dynamique âge / spécialité

Nous avons regroupé la variable « âge » en 2 catégories : « 18 à 50 ans » et « plus de 50 ans ». La variable « spécialité médecine générale » comprenait 3 modalités :

« je ne sais pas » ; « non » ; « oui ». Nous avons croisé ces 2 variables avec un tableau de contingence.

46 patients indiquaient penser que l'interne a déjà choisi sa spécialité. Parmi eux, 30 avaient de « 18 à 50 ans » et 16 « plus de 50 ans ».

28 patients indiquaient penser que l'interne n'a pas encore choisi sa spécialité. Parmi eux, 16 avaient de « 18 à 50 ans » et 12 « plus de 50 ans ».

Enfin, 34 patients indiquaient ne pas savoir. Parmi eux, 22 avaient de « 18 à 50 ans » et 12 « plus de 50 ans ».

# Tableau croisé : Âge\_en\_2\_groupes et Spécialité

			é		
		Je ne sais pas	Non	Oui	Total
Âge	18 à 50 ans	22	16	30	68
7.90	plus de 50 ans	12	12	16	40
Total		34	28	46	108

<u>Tableau 6 :</u> Tableau de contingence âge / spécialité

## b) Test d'indépendance du Khi <sup>2</sup> âge / spécialité

Nous avons réalisé un test d'indépendance statistique entre ces deux variables qualitatives.

L'hypothèse nulle H0 est l'absence de relation entre ces deux variables catégorielles, les variables sont alors dites « indépendantes ».

L'hypothèse alternative H1 est l'existence d'une relation entre ces deux variables catégorielles, les variables sont alors dites « dépendantes ».

La valeur statistique du Khi deux de Pearson = 0,551 et la valeur de p = 0,759. Notre seuil de signification est standard et fixé à 0,05. Le degré de liberté est de 2.

Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse alternative H1 : les variables sont dépendantes.

En conclusion, notre effectif ne permet donc pas de prouver l'existence d'un lien statistiquement significatif entre l'âge des patients et leurs connaissances de la spécialité médecine générale de l'interne en SASPAS (p > 0.05)

#### Tests du khi-carré

	Valeur	Df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,551 <sup>a</sup>	2	,759
Rapport de vraisemblance	,545	2	,762
N d'observations valides	108		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10,37.

Tableau 7 : Test d'indépendance du khi 2 âge / spécialité

- 2. Lien entre la catégorie socio professionnelle des patients et la connaissance de la spécialité médecine générale
- a) Tableau croisé dynamique profession / spécialité

Nous avons regroupé la variable « activité » en 2 catégories : « actif » (salarié ; indépendant) et « non actif » (étudiant ; recherche d'emploi ; mère/père au foyer ; retraité).La variable « spécialité médecine générale » comprenait toujours 3 possibilités : « je ne sais pas » ; « non » ; « oui ». Nous avons croisé ces 2 variables avec un tableau de contingence.

46 patients indiquaient penser que l'interne a déjà choisi sa spécialité. Parmi eux, 20 étaient considérés comme « actifs » et 26 comme « non actifs ».

28 patients indiquaient penser que l'interne n'a pas encore choisi sa spécialité. Parmi eux, 18 étaient considérés comme « actifs » et 10 comme « non actifs ».

34 patients indiquaient ne pas savoir. Parmi eux, 20 étaient considérés comme « actifs » et 14 comme « non actifs ».

# Tableau croisé : Activité\_en\_2\_groupes et Spécialité

		Je ne sais pas	Non	Oui	Total
Activité	Actif	20	18	20	58
	Non actif	14	10	26	50
Total		34	28	46	108

Tableau 8 : Tableau de contingence activité / spécialité

# b) Test d'indépendance du Khi 2 profession / spécialité

Nous avons réalisé un test d'indépendance statistique entre ces deux variables qualitatives.

La valeur du Khi deux de Pearson est calculée à 3,554 et la valeur de p = 0,169. Notre seuil de signification est inchangé et fixé à 0,05. Le degré de liberté est de 2.

Un lien statistiquement significatif n'a donc pas pu être mis en évidence entre l'activité des patients et leurs connaissances de la spécialité médecine générale (p > 0.05)

Autrement dit, notre échantillon de patients n'était pas suffisant pour définir si les patients actifs ont une connaissance différente du DES de médecine générale que les patients non actifs.

Tests du khi-carré

			Signification
			asymptotique
	Valeur	Df	(bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,554a	2	,169
Rapport de vraisemblance	3,574	2	,167
N d'observations valides	108		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.

L'effectif théorique minimum est de 12,96.

Tableau 9 : Test d'indépendance du khi 2 profession / spécialité

- 3. Lien entre la fréquence de consultation des patients et la connaissance de la spécialité médecine générale
- a) Tableau croisé dynamique fréquence de consultations / spécialité

Nous avons regroupé la variable « fréquence de consultation » en 2 catégories : « Fréquent » ( une fois par mois ; une fois par trimestre) et « Rarement » (une fois par an ; moins de une fois par an). La variable « spécialité médecine générale » comprenait 3 catégories : « je ne sais pas » ; « non » ; « oui ». Nous avons croisé ces 2 variables avec un tableau de contingence.

46 patients indiquaient penser que l'interne a déjà choisi sa spécialité. Parmi eux, 28 consultaient de façon « fréquente » et 18 « Rarement ».

28 patients indiquaient penser que l'interne n'a pas encore choisi sa spécialité. Parmi eux, 22 consultaient de façon « fréquente » et 6 « Rarement ».

34 patients indiquaient ne pas savoir. Parmi eux, 20 consultaient de façon « fréquente » et 14 « Rarement ».

# Tableau croisé : Fréquence de Cs\_en\_2\_groupes et Spécialité

		Je ne sais pas	Non	Oui	Total
Fréquence Cs	Fréquent	20	22	28	70
	Rarement	14	6	18	38
Total		34	28	46	108

<u>Tableau 10 :</u> Tableau de contingence fréquence de consultation / spécialité

b) Test d'indépendance du khi² fréquence de consultations / spécialité

Nous avons réalisé un test d'indépendance statistique entre ces deux variables qualitatives.

La valeur du Khi deux de Pearson est de 3,173 et la valeur de p = 0,205. Notre seuil de signification est inchangé et fixé à 0,05. Le degré de liberté est de 2.

Notre échantillon de patients ne permet donc pas de prouver l'existence d'un lien statistique entre la fréquence des consultations et leurs connaissances de la spécialité médecine générale.

#### Tests du khi-carré

	Valeur	Df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,173 <sup>a</sup>	2	,205
Rapport de vraisemblance	3,350	2	,187
N d'observations valides	108		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.

L'effectif théorique minimum est de 9,85.

Tableau 11: Test d'indépendance du khi 2 fréquence de consultation / spécialité

B. Influence du genre du patient sur la connaissance de l'année d'études du SASPAS

Nous avons catégorisé les patients en deux sous échantillons « féminin » et « masculin ».

Selon les femmes (n = 60), la moyenne d'années d'études des internes en SASPAS est de 6,70 avec un écart type calculé à 2,134.

Selon les hommes (n = 48), la moyenne d'années d'études des internes en SASPAS est de 5.79 avec un écart type calculé à 1,935.

Le nombre d'individus composant chacun de ces deux groupes est supérieur à « 30 », ce qui nous autorise la réalisation du test T de Student.

# Statistiques de groupe

	Sexe	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
Années	Féminin	60	6,70	2,134	,275
	Masculin	48	5,79	1,935	,279

Tableau 12 : Statistiques de groupes pour la variable « année d'études »

Nous avons réalisé un test d'indépendance statistique entre la variable qualitative « Sexe » et la variable quantitative « Année d'études ».

Le test d'égalité des variances de Levene n'est pas significatif (sig = 0,225). Nous ne pouvons donc pas rejeter l'Hypothèse Ho (Hypothèse d'égalité des variances).

La différence moyenne est calculée à 0,908 et l'erreur standard à 0,397. La p value est calculée à 0,024, avec un seuil de signification à 0,05 %.

Un lien statistiquement significatif est donc mis en évidence entre la connaissance du niveau d'études de l'interne en SASPAS et le sexe des patients au sein de notre échantillon.

En conclusion, les femmes et les hommes semblent percevoir différemment le niveau d'études de l'interne en SASPAS, au risque d'erreur de 5%.

Test des échantillons indépendants

			ene sur l'égalité variances			Testt pour égalité des moyennes						
						Signification		Signification Différence		Erreur	Intervalle de co différenc	
		F	Sig.	t	df	p unilatéral	p bilatéral	moyenne	standard	Inférieur	Supérieur	
Années	Hypothèse de variances égales	1,492	,225	2,291	106	,012	,024	,908	,397	,122	1,695	
	Hypothèse de variances inégales			2,316	104,299	,011	,023	,908	,392	,131	1,686	

Tableau 13 : Test T de Student pour échantillons indépendants

# **Discussion**

#### I. Forces de notre étude

#### A. Accessibilité de l'investigation

Le questionnaire était accessible en ligne.

Les internes pouvaient en prendre connaissance aisément puis le proposer, ensuite via tout support numérique, tel que le matériel informatique des maîtres de stages ou leur smartphone personnel.

# B. Echantillon représentatif

L'étude était soumise à l'ensemble des internes en SASPAS de chacune des UPL rattachées à la faculté de médecine Lille 2.

Chaque interne avait la liberté de faire participer la quasi-totalité de la patientèle le consultant pendant le stage autonome.

La méthodologie permet donc une bonne extrapolation des résultats, avec un panorama large du Pas de Calais et du Nord.

#### C. Peu de critères d'exclusions

Les seuls critères d'exclusion étaient les patients mineurs, les patients n'étant pas en capacité physique ou intellectuelle de répondre et les patients avec lesquels existait une barrière de la langue.

#### D. Période de recueil longue

Le recueil des données s'est étalée de mars 2021 à septembre 2021. La période comprenait deux semestres d'internes différents, soit potentiellement deux fois plus d'internes en SASPAS pouvant proposer l'enquête aux patients.

#### E. Anonymat

L'anonymat des patients, des internes et des maîtres de stages universitaires a été respecté.

Il protège la vision qu'a le patient des modalités de la consultation avec l'interne en SASPAS et sa liberté d'expression concernant les internes.

#### II. Faiblesses de notre étude

# A. Complexité de la méthode utilisée

Un investissement massif a été nécessaire afin d'intéresser les internes. Nous les avons contacté via les différents canaux de communication, qu'ils soient numériques, téléphoniques, ou via les réseaux sociaux.

Dans une majorité des cas, les modalités de l'enquête étaient partiellement comprises et nécessitaient un détail explicatif personnalisé.

## B. Quantité de sondages

Nous avons obtenu un total de 108 questionnaires complets. Un total relativement restreint qui a probablement imputé notre puissance statistique et sa représentativité.

A l'issue du délai convenu de 6 mois, nous avons clôturé le recueil de données.

#### C. Biais

#### 1. De sélection des internes

Un nombre significatif d'internes participants provenait de notre répertoire personnel : principalement des collègues rencontrés lors des différents stages universitaires et lors des enseignements dirigés.

#### 2. De sélection des patients

Les patients interrogés étaient uniquement ceux reçus par l'interne SASPAS en consultation.

Prenons l'exemple du Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) qui a interrogé l'ensemble des patients d'un cabinet, à savoir ceux qui venaient consulter le médecin et ceux qui venaient consulter l'interne autonome. Le panel y était potentiellement plus représentatif puisqu'il comprenait d'éventuels patients réfractaires à être reçus par l'interne

#### 3. De sélection des questions

Le remplissage du questionnaire était libre et non dirigé par le site en ligne. Une proportion importante de patients répondait aux questions de manière très partielle et aléatoire. Ce sont les questionnaires exclus de notre diagramme de flux (n = 34).

## D. Réponses induites

Les questions étant posées par l'interne en SASPAS lui-même, il est probable que des patients aient adapté leurs réponses à certaines questions.

Concernant les questions fermées du type « Pensez-vous qu'un temps est dédié, entre l'interne et le maître de stage, pour discuter des patients vu en consultation par l'interne ? ». Aucun patient n'a répondu « Rarement » ou « Jamais ».

Concernant les questions ouvertes du type « Avez-vous un conseil à donner aux étudiants ou à votre médecin pour améliorer encore d'avantage ce type de consultation ? ». Aucun patient n'a fait de retours négatifs.

## E. Complexité dans les modalités de réponses

Par exemple, la question « Comment vous a-t-on présenté l'étudiant ? » comprenait 9 modalités de réponses en choix multiples. Toutes ces possibilités pouvaient freiner le taux de participation.

## III. Interprétation des résultats

## A. Statistiques descriptives univariées

#### 1. Démographie

La patientèle est majoritairement de sexe féminin à 55,6 %. Ainsi selon une étude de la DRESS réalisée en 2004 et mise à jour en décembre 2020, la population étudiée semble correspondre à la patientèle type du médecin généraliste. (34)

Les patients sont majoritairement jeunes, la tranche d'âge 18 à 50 ans représente 63 % de la population interrogée. On peut s'interroger sur la pertinence de ce résultat. Un potentiel refus des patients plus âgés de consulter l'interne pourrait en être la cause, par une éventuelle préférence de consulter leur médecin traitant.

Notre échantillon retrouve une surreprésentation des patients salariés à 51.9 % et 14,8 % de personnes recherchant un emploi. L'INSEE évalue à 44.6 % la population de salariés en 2018 (regroupant ouvriers, employés et les professions dites intermédiaires) au sein de la région des Hauts de France (35); ainsi qu'à 19.8 % la

population en recherche d'emploi en 2018. Notre échantillon semble assez représentatif de la région.

Nous nous sommes intéressés au secteur géographique de la patientèle des MSU. 45 % exercent en ville, 36 % en campagne et 19 % en secteur semi rural. La majorité concorde avec la thèse du Dr Demey, en 2013, à Lille, étudiant les caractéristiques démographiques des Maîtres de Stages Universitaires. (36) Il avait déterminé 47 % de praticiens urbains ( n = 107) ; 16 % de praticiens ruraux ( n = 37) et 37 % de praticiens semi ruraux ( n = 83). Notons cependant que cette notion pouvait être parfois subjective selon les patients.

Enfin, 24 % des patients sont en ALD et 68 % ne le sont pas. En 2016, la France comptait 10 389 980 patients en ALD, pour 88 886 médecins généralistes. (37) (38) Soit environ 116 patients ALD par médecin traitant. Avec une moyenne nationale de patientèle de 864 patients par médecin, nous calculons un ratio à 13,42 % de patients ALD par généraliste. Notre échantillon semble être sur-représentatif des données nationales.

Peut-être est-ce lié à la région même du Nord - Pas de Calais qui persiste « aux derniers rangs des classements sanitaires en raison de la faible qualité de son offre de soins, de l'état de santé et du niveau d'espérance de vie de ses habitants toujours en deçà de ceux de l'ensemble des français », selon une publication de l'IFOP en 2013. (39)

## 2. Relation patient – maître de stage

Les patients sont majoritairement suivis depuis 1 à 5 ans (44,4%) et depuis 5 à 15 ans (25,9%). Les plus anciens (suivis depuis plus de 15 ans) ne sont pas les plus représentés. Peut-être est-ce là encore lié à un éventuel refus de consulter l'interne ?

Nous mettons en évidence que 58,8 % des patients sont suivis par le maître de stage, en tant que médecin traitant. Dans le travail de thèse du Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) le médecin était le médecin traitant pour 90.4% des patients. L'origine de cette différence significative est possiblement la population étudiée : centrée sur l'UPL 13 en 2019 et étendue à l'ensemble des UPL en 2021.

Nous soulignons que 13 % des patients sont suivis mensuellement et 51,9 % trimestriellement. L'étude quantitative du Dr Benhenida Cuvelier, en 2012, à Paris VII, comprenait « 185 résultats exploitables parmi lesquels on compte 12 patients consultant plus d'une fois par mois, 13 consultant 1 fois par mois, 28 consultant 1 fois tous les 3 mois et 132 consultant si besoin » (29). La grande majorité consultant donc « si besoin », modalité que nous n'avons pas inséré dans le questionnaire. Puis, étaient représentés les patients consultant « trimestriellement », ce que nous mettons en évidence également.

## 3. Maîtrise de stage

93 % des patients déclarent savoir que leur médecin à un statut de Maître de Stage des Universités et accueil des internes au sein du cabinet de consultations. On ne peut que se féliciter de ce résultat.

La majorité des patients ont reçu l'information par le Maitre de Stage à 39,73 %; lors d'une précédente consultation avec un interne à 27,4 % ou par la secrétaire à 24,66 %. Nous remarquons qu'aucun patient ne l'a vu sur des ordonnances et que peu de patients l'ont appris via une affiche en salle d'attente. Des optimisations pourraient ainsi être proposées en ce sens.

#### 4. La prise de rendez vous

Nous étudions si le patient est <u>averti</u>, au moment de la prise de rendez-vous, qu'il sera pris en charge par l'interne en SASPAS. 87 % répondent par l'affirmative. Dans l'étude du Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille, 62.6 % déclaraient « être informés préalablement si la consultation est réalisée par l'interne autonome ou par le médecin traitant ». (31) La transmission de l'information concernant le praticien consultant semble donc s'être améliorée.

Nous étudions ensuite, la façon dont le patient est informé. 74 % par la secrétaire, 9 % sur le site de rendez-vous en ligne, 7 % par l'étudiant, 2 % en salle d'attente et 8 % autrement. Nous aurions pu proposer la modalité « autrement » en texte libre, afin d'élargir le champ des réponses possibles.

L'interne <u>est présenté</u> comme un interne à 53,13 % des patients ; comme un médecin à 10,94 % ; et comme un remplaçant à 10,94 % également. Il est présenté comme un étudiant à 6,25 %, et comme un SASPAS à 4,69 %. Nous notons que l'interne est plus souvent présenté comme un remplaçant plutôt qu'un étudiant ou un SASPAS. Par ailleurs, nous pourrions envisager d'user davantage de ce terme en cabinet, dont le détail de l'acronyme reflète parfaitement le statut.

70 % des patients déclarent avoir donné leur <u>accord</u> pour être prise en charge par l'interne. Ce taux est encourageant et doit être encore amélioré. Le Dr Beaujouan, en 2007, à Créteil (28) avait étudié l'acceptation de la présence d'un interne chez leur médecin traitant. 76,4 % des patients interrogés considéraient cela comme « une bonne chose » et 95, 5 % estimaient que ce mode de formation est bénéfique pour l'interne.

#### 5. La consultation

L'interne <u>s'est présenté</u> comme un interne en médecine générale à 58,23 % des patients ; par son nom à 11,39 % et par son prénom à 15,19 %. Il s'est présenté comme un médecin à 7,59 % des patients ; comme un remplaçant à 5,06 % ; comme un étudiant à 1,27 % et comme un SASPAS dans 1,27 % des cas également

La thèse qualitative du Dr Élisabeth Vallée, en 2017, à Rennes (40), avait également étudié le mode de présentation de l'interne, avec des conclusions similaires. « En début de consultation, l'interne s'est, le plus souvent présenté à son patient, de différentes manières » :

- Par son nom "elle s'est présentée en nous disant son nom et son prénom" (E11)
- Par le terme d'interne "elle a dit qu'elle était interne " (E4)
- Par le terme de remplaçant "elle s'est présentée comme une remplaçante de Dr X" (E6)
- Par le terme de stagiaire "elle a dit qu'elle était la stagiaire du dr X" (E14)
- En utilisant simultanément les termes de stagiaire et de remplaçant "elle s'est présentée, elle m'a dit qu'elle remplaçait, qu'elle était interne, qu'elle remplaçait le Dr X" (E7) »

Par ailleurs, 74,1 % des patients pensent qu'il existe un temps de rétroaction post consultation, entre interne et MSU alors que 24,1 % déclarent ne pas savoir.

Nous mettons ces données en parallèle de la thèse du Dr Bourtreel, en 2015, à Lille (30) où la majorité des patients semblait se douter de l'existence d'une supervision indirecte (91%). Le Dr Vallée, en 2017, à Rennes (40), proposait d'ailleurs de mettre d'avantage en évidence ce débriefing entre le maître de stage et son interne autonome.

Temporisons nos résultats puisqu'il est possible que l'existence même de ces questions aient induit des réponses biaisées de par l'intitulé.

Dans l'hypothèse où le patient répond par l'affirmative, 20,4 % estiment que c'est « toujours » le cas, 51,9 % estiment que c'est « souvent » le cas. Aucun patient n'a répondu « rarement » ou « jamais », là encore, un possible biais pourrait l'expliquer car le questionnaire était lu par l'interne lui-même.

### 6. Représentation de l'interne en médecine générale par le patient

C'est l'objectif principal de notre étude et nous y avons répondu, par le retour de perception des patients concernant le niveau d'études de l'interne en SASPAS; l'existence de la spécialité médecine générale; les droits de prescription et la distinction étudiant versus remplaçant.

#### Niveau d'études universitaires

La moyenne calculée du nombre d'années d'études postbac du SASPAS, perçue par le patient était de 6,3 ans (écart-type 2,08). La thèse du Dr Bourtreel, en 2015, à Lille (30) indiquait que sur un total de 150 patients interrogés, la moyenne était de 6,7 ans (écart-type 2). Les données semblent donc en adéquation. In fine, les patients sous-estiment le niveau universitaire de l'interne en SASPAS, puisque celui-ci est au minimum en 8è année.

## Spécialité médecine générale

Seulement 42,6 % des patients savent que l'interne a déjà choisi la spécialité « médecine générale ». Ce taux devrait être amélioré.

Selon le Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) pour 254 patients interrogés, ils étaient 69,0 % à avoir cette information et 31,0 % à penser le contraire.

Nous soulignons ici une discordance, possiblement liée à « l'effet centre » de cette étude puisqu'elle concernait uniquement l'UPL 13 en 2019.

L'étude du Dr Beaujouan, en 2007, à Créteil (28) comportait une question similaire, et posait la question au patient « savez-vous ce qu'est un interne en médecine générale ? » Plus de 77 % des patients déclaraient que oui. Cependant la question du DES n'était pas évoquée.

#### Droits de prescription de l'interne versus maître de stage

Pour la majorité des patients, les internes ont les mêmes droits de prescription que le MSU, en terme de médicaments (91 %) et en terme de réalisation de certificats (81 %).

Cependant, la confusion des patients est plus marquée en ce qui concerne le droit de prescription des internes en produits stupéfiants (41 % pensent que c'est possible) et la réalisation de gestes techniques (48 % pensent que les internes peuvent en réaliser).

Le Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) avait réalisé une analyse de correspondances multiples pour essayer de déterminer s'il existait des profils de patient qui possédaient de meilleures connaissances sur les <u>compétences</u> de l'interne.

Sept variables épidémiologiques (âge ; sexe ; profession ; fréquence de consultation ; médecin traitant ; antériorité de prise en charge par un interne ; antériorité de prise en charge par un interne dans le cabinet habituel) avaient été croisées avec quatre variables de compétences (examen seul ; prescription ; certificat ; actes techniques). L'analyse avait mis en évidence différents clusters.

Prenons pour exemple le cluster 1, où les patients attribuaient d'avantage de compétences à l'interne. Il y retrouvait une surreprésentation des patients âgés de 45 à 60 ans et des professions libérales.

## 7. Evaluation de la distinction entre remplaçant et étudiant

Seulement 48,15 % de notre échantillon, déclare faire la différence entre un remplaçant et un étudiant.

Dans l'étude quantitative du Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) la distinction était également assez faible, et faite pour uniquement 58,3% des patients. Cette confusion entre SASPAS et médecin remplaçant était déjà décrite dans l'étude du Dr Cuvelier à Paris VII, en 2012. (29)

Le Dr Beaujouan, en 2019, à Créteil (28), quant à lui, explique que seulement 2/3 des patients semblent faire correctement la différence entre un interne et un remplaçant, mais pondère en émettant l'hypothèse que dans son étude, la réponse était possiblement fortement induite par le libellé même de la guestion.

Cette brève revue de la littérature semble unanime quant au fait qu'une partie significative des patients ne fait pas correctement la différence entre ces deux types de professionnels de santé.

## 8. Proposition au patient de participer à l'optimisation de ce stage

Nous avons demandé aux patients s'ils avaient « un conseil » à donner aux étudiants ou à leur médecin pour améliorer ces consultations. Les réponses sont positives et encourageantes. Quelques-unes mentionnent cependant le changement trop fréquent d'internes.

L'étude du Dr Jaglale-Letnioski, en 2009, à Lille (41) s'est intéressée à l'avis des patients sur l'interne en consultation. « 87% des patients ayant consulté une ou plusieurs fois l'interne sans son maître de stage étaient totalement satisfaits de l'ensemble de ces consultations, 12% des patients étaient partiellement satisfaits et 1% des patients n'étaient pas du tout satisfaits ». La tendance était donc largement positive.

L'étude du Dr Benhenida Cuvelier, en 2012, à Paris VII (29), sur la satisfaction des patients consultant le SASPAS, comporte des commentaires variés et globalement

### positifs.

- Positifs : « sympathiques, accueillants, compétents et professionnels ; écoute et disponibilité ; rassurants et accessibles ; pédagogues »
- Négatifs : « remarques sur les horaires de rendez-vous non respectés »
- Encouragements: « bon courage », « continuez », « ne changez rien », « conservez ce talent
- Remerciements : « Merci »
- Conseils aux internes: « rester à l'écoute », « être rigoureux », « bien expliquer », « rester toujours aussi abordable », « montrer au patient qu'on a « du temps pendant la consultation »
- Le statut d'interne : « Certains patients ne savent pas très bien qui est l'interne : j'ai cru que c'était la stagiaire » , « je trouve très intéressant d'avoir des médecins de remplacement »

L'étude du Dr Beaujouan, en 2019, à Créteil (28) sur le vécu des patients ayant consulté l'interne, allait en ce sens également. La question était « Etes-vous globalement satisfait de la consultation effectuée par l'interne ? » L'ensemble des patients interrogés avaient répondu par l'affirmative. La question suivante allait même plus loin « Seriez-vous prêt à revoir l'interne ? » Plus de 96 % des patients avaient répondu oui.

# 9. Satisfaction du patient sur les informations données

Nous pouvons nous réjouir que 94 % des patients trouvent un intérêt à notre encart intitulé « amples informations sur le SASPAS». Nous pourrions proposer d'étendre ce dispositif à l'ensemble des cabinets de ville accueillant des internes en SASPAS. Il pourrait prendre la forme d'une « affiche » en salle d'attente ou d'un « onglet » sur les sites de prise de rendez-vous en ligne.

## B. Statistiques descriptives bivariées

1. Influences socio démographiques du patient sur la connaissance de l'existence de la spécialité « médecine générale » de l'interne en SASPAS

C'est le premier objectif secondaire de notre étude : l'âge du patient ; la catégorie socio professionnelle ; la fréquence de consultation ; influence-t-elle sa connaissance de la spécialité médecine générale ?

Nous avons utilisé le Test du Khi 2, pour chacune de ces variables. Dans les trois situations, notre effectif (n = 108) ne permet pas de prouver l'existence d'un lien statistiquement significatif entre, respectivement l'âge des patients, la catégorie socio professionnelle, la fréquence de consultation et leurs connaissances de la spécialité

« médecine générale » de l'interne en SASPAS (p > 0.05).

Le Dr Vanhaecke, en 2019, à Lille (31) a réalisé une analyse de correspondance multiple pour « essayer de déterminer s'il existait certains profils de patients possédant de meilleures connaissances sur les études et la formation de l'interne ».

Sept variables épidémiologiques ( âge ; sexe ; profession ; fréquence de consultation ; médecin traitant ; antériorité de prise en charge par un interne ; antériorité de prise en charge par un interne dans le cabinet habituel) avaient été croisées avec huit variables de formations ( positionnement dans le cursus ; nombre d'années d'études avant d'être interne ; durée de l'internat ; formation pratique ; formation théorique ; cours dispensés par la faculté ; cours dispensés par le médecin généraliste ; rémunération).

Il avait conclu cette fois, « qu'il semble qu'on ne puisse pas associer de profils sociodémographiques de patients avec les connaissances de ceux-ci sur les études et la formation de l'interne. »

2. Influences du genre sur la connaissance de l'année d'études de l'interne

C'est notre second objectif secondaire : existe-t-il un lien statistique entre le sexe du patient et sa connaissance du niveau d'études de l'interne en SASPAS ?

Selon le test T de Student, au risque d'erreur de 5 %, les femmes et les hommes perçoivent différemment le niveau d'études de l'interne en SASPAS. Nous pourrions émettre l'hypothèse causale suivante : les femmes consultant davantage au cabinet (34), connaissent mieux son fonctionnement et ont une meilleure connaissance des internes en SASPAS.

#### **IV. Perspectives**

La perception patient de l'interne autonome est encore fréquemment en inadéquation avec la réalité.

Nous pourrions imaginer un travail de thèse portant sur la réalisation puis l'évaluation d'une affiche informative sur le statut de l'interne en SASPAS, à destination des patients consultant en cabinet, qu'il s'agisse de l'interne lui-même, ou du maître de stage.

Cette affiche pourrait reprendre l'essentiel du paragraphe intitulé « amples informations » avec la vocation d'être largement diffusé au sein des UPL rattachées à la faculté Lille 2. Elle pourrait notamment reprendre la distinction interne versus médecin remplaçant.

L'intérêt principal est d'améliorer toujours davantage la transparence médecin - patient pour, in fine, accroître la relation de confiance qui s'établit entre le trio, Interne en SASPAS ; Maître de Stage Universitaire ; Patient.

# Conclusion

Ce travail permet de déterminer la représentation qu'ont les patients consultant l'interne en SASPAS, au sein des Unités Pédagogiques Locales, rattachées à l'université de Lille.

La perception patient du niveau d'études, de l'existence du diplôme d'enseignement supérieur en médecine générale et des différents droits de prescription de l'interne peut encore être améliorée et pourrait être à l'origine de prochains travaux de recherche.

La distinction entre l'interne et le médecin remplaçant est encore difficile. Cette information n'est pas nouvelle dans la littérature et pourrait être améliorée.

Le ressenti des patients vis-à-vis de ce type de consultation est positif et le retour des patients encourageant. Les patients semblent bien informés de la présence de l'interne en consultation de soins primaires ambulatoires.

# **Bibliographie**

- Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires. 2021. [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
- 2. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition des soins ambulatoires. 2021 [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401
- 3. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. JORF. 1958.
- 4. B Mamane, D Moinard, P-L Laget. Il était une fois les CHU... L'actu des CHU. Conférence des DG. Newsletter 909. 2017. Disponible sur: https://www.reseau-chu.org/article/iletait-une-fois-les-chu/
- 5. Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 dite Edgar Faure d'orientation de l'enseignement supérieur. JORF. 1968.
- 6. Jacques Poirier. L'externat des hôpitaux de Paris (1802-1968). Collection Histoire des sciences. Paris. Hermann. 394 p.
- 7. Décret n°69-175 du 18 février 1969 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en 4è et 5è année de médecine. JORF 1969.
- 8. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition du Numerus clausus. 2016. [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1304
- 9. Loi n 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. JORF. 1971.
- 10. S Martos. Fin du numerus clausus et de la PACES : trois voies d'accès aux études de santé, la réforme se dessine. Le quotidien du médecin. 2019. [cité 27 sept 2021]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/fin-du-numerus-clausus-et-de-la-paces-trois-voies-dacces-aux-etudes-de-sante-la-reforme-se-dessine
- 11. Nicolas Ciabrini. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? Thèse d'exercice de médecine. Paris VI. 2002.
- 12. Le Monde. La commission fougère préconise une formation spécifique et une meilleure répartition des médecins généralistes. Article. 1976. [cité 27 sept 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1976/01/31/la-commission-fougere-

- preconise-une-formation-specifique-et-une-meilleure-repartition-des-medecinsgeneralistes 2957739 1819218.html
- 13. Dr F-X MERCAT, Dr L-J CALLOC'H, Dr V GUIHENEUF, Dr J SAUQUET, Dr J TOULOUSE. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. Juin 1999. [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: https://afpa.org/content/uploads/2017/07/cnom\_le\_stage\_des\_tudiants\_en\_mdecine\_chez le praticien.pdf
- 14. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF. 1988.
- 15. Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF. 1997.
- 16. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF. 2001.
- 17. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF. 2004.
- 18. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. JORF. 2016.
- Le syndicat des internes en médecine générale d'Angers. Le DES de Médecine Générale.
   2020. [Internet]. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: http://www.imga.fr/le-des-de-medecine-generale-2/
- 20. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF. 2019.
- 21. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé.
- 22. J Brisswalter, P Baque, D Darmon. Guide du stage SASPAS. DERMG de Nice. 2020.
- 23. Département de Médecine Générale de Lille. Grille d'évaluation d'une UPL par l'interne en SASPAS. 2020. [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: http://www.cemg-lille.fr/fichiers/stages/evaluation\_saspas\_par\_interne.pdf
- 24. Département de Médecine Générale de Lille. Carte des Maîtres de Stage des Universitaires du Nord Pas de Calais. 2021. [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1XUIRX35globWNSnY3TtAUqydYwFa8o dv
- 25. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. JORF. 2015.

- 26. Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire. JORF. 2014.
- 27. Faculté de Médecine Henri Warembourg. Spécialités disciplines médicales, médecine générale. Stages. 2021. [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://medecine.univ-lille.fr/dmg/stages
- 28. Xavier Beaujouan. Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de Créteil. Thèse d'exercice de médecine. Paris XII. 2007.
- 29. Aurore Benhenida Cuvelier. Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine. Paris 7. 2012.
- 30. Cécilia Bourteel. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS. Une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais. Thèse d'exercice de médecine. Lille 2. 2015.
- 31. Gautier Vanhaecke. État des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome. Étude quantitative dans l'UPL 13. Thèse d'exercice de médecine. Lille 2. 2019.
- 32. Arrêté du 18 octobre 2018 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2018-2019. JORF. 2018.
- 33. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):34-8.
- 34. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie, enquête de la DREES. 2002. [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de
- 35. Institut national de la statistique et des études économiques. Région des Hauts de France. 2021. [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32
- 36. Demey Sébastien. Caractéristiques démographiques des maitres de stage des universités du Nord-Pas-de-Calais en 2012 et déterminants à l'accueil d'un interne en Saspas. Thèse d'exercice de médecine. Lille 2. 2013.
- Solveig Godeluck. La France compte 10 millions de malades de longue durée. Article. Les Echos. 2016. [cité 19 oct 2021]; Disponible sur: https://www.lesechos.fr/2016/03/la-france-compte-10-millions-de-malades-de-longue-duree-216177
- 38. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés Direction de la stratégie,

- des études et des statistiques. Personnes en affection de longue durée. Data-gouv. 2018. [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/
- IFOP. Enquête sur la santé et l'accès aux soins dans le Nord Pas de Calais. Publication d'article. 2013. [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/publication/enquete-sur-la-sante-et-lacces-aux-soins-dans-lenord-pas-de-calais/
- 40. Élisabeth Vallée. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016: étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine. Rennes 1, 2017.
- 41. Jaglale-Letnioski Cyndie. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Thèse d'exercice de médecine. Lille 2. 2009.

# **Annexes**

# Annexe 1 : Questionnaire à destination des patients

Bonjour, je suis Benjamin VOISEUX, médecin remplaçant.

Vous avez bénéficié d'une consultation avec un interne (étudiant) en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la perception qu'ont les patients de l'interne en consultation.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de mieux informer les patients sur le statut de l'interne, pour in fine, développer encore d'avantage la relation médecin malade.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être majeur. (critère d'inclusion)

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement!

En y répondant, vous participez à l'aboutissement de 10 années de travail à la faculté de médecine de Lille, et à l'arrivée d'un nouveau docteur en médecine.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n° 721217 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous!

Merci pour votre implication,

Benjamin VOISEUX

#### N° de l'UPL :

#### <u>Patient</u>

- I) <u>Présentation</u>
- 1. Quel est votre genre?
- Féminin Masculin Ne sais pas
- 2. Quelle est votre tranche d'âge?
- 18 à 30 ans 50 à 65 ans plus de 75 ans
- 30 à 50 ans 65 à 75 ans
- 3. Quelle est votre activité?

4.	Ou habitez-vous ?						
-	En campagne	- En secteur semi	i rural	- En ville			
5.	Etes-vous en Affecti	on Longue Durée (	(ALD) ?				
- - -	Non Oui Je ne sais pas ce que	cela signifie					
II)	Rapport avec votre n	<u>nédecin :</u>					
6.	Depuis quand êtes-	vous suivi au cabin	et ?				
<u>-</u>	< 1 ans entre 1 et 5 ans	- entre 5 - plus de					
7.	L'interne que vous a	ıvez vu en consulta	ation, remplace t	'il votre médecin traitant ?			
-	Non - Oui						
8.	A quelle fréquence	consultez-vous au	cabinet ?				
_	Moins d'une fois par 1 fois par ans	an	- 1 fois par trime - 1 fois par mois				
III)	Maitrise de stage						
9.	Saviez-vous que vot	re médecin accuei	lle des internes a	u sein du cabinet ?			
-	Oui - Non						
10.	Si oui, comment l'av	ez-vous appris					
- - - -	<ul> <li>Via votre médecin lui même</li> <li>Lors d'une précédente consultation avec un étudiant</li> <li>Via la secrétaire</li> <li>Via une affiche en salle d'attente</li> <li>Via une inscription sur les ordonnances, de type « maitre de stage des universités »</li> <li>Autre :</li> </ul>						
IV)	La prise de rendez vo	<u>ous</u>					
11.	Avez-vous été infor	mé que la consulta	tion se déroulera	nit avec un interne ?			

- Salarié

- Retraité

- Indépendant

Recherche d'emploi

Mère / Père au foyer

Étudiant

Non

Autre :

- Oui

Sur le site de prise de rendez-vous en ligne En arrivant en salle d'attente, par une affiche Par l'étudiant lui-même en début de consultation

Au téléphone par la secrétaire

12. Si oui, comment avez-vous été informé ? Plusieurs réponses possibles :

- - - -	tudiant - Médecin tagiaire - Remplaçant nterne - Par son Nom de famille ASPAS - Par son prénom autre :					
14.	Votre accord a-t-il été demandé pour être reçu par un interne ?					
-	Dui - Non					
V)	<u>a consultation</u>					
15.	Comment l'interne s'est-il présenté à vous ?					
-	itudiant - Interne - Médecin - Par son nom de famille itagiaire - SASPAS - Remplaçant - Autre :					
16.	16. Pensez-vous qu'un temps est dédié, entre l'interne et le maître de stage, pour discuter des patients vu en consultation par l'interne ?					
-	Non - Oui - Je ne sais pas					
	ii oui :					
-	oujours - Souvent - Rarement - Jamais					
VI)	otre avis sur l'interne					
17.	En quelle année d'études, après le baccalauréat, pensez-vous que l'interne se trouve ?					
-	tè année après le bac - 6è année - 9 è année					
-	lè année - 7è année - 10 è année sè année - 8è année - 11 è année					
18.	Pensez-vous que l'interne a déjà choisi sa spécialité médicale?					
-	Non - Oui - Je ne sais pas					
19.	Pensez que l'interne à les même droits que votre médecin en ce qui concerne :					
-	a prescription de médicaments : non / oui / je ne sais pas					
-	a prescription de médicaments dits « stupéfiants » : non / oui / je ne sais pas					
-	a réalisation de certificats (arrêt maladie, sport) : non / oui / je ne sais pas					
-	a réalisation d'acte techniques (sutures, infiltrations) : non / oui / je ne sais pas					
20.	Faites-vous la différence entre un étudiant et un remplaçant ?					
-	Non - Oui					
21.	Avez-vous un conseil à donner aux étudiants ou à votre médecin pour améliorer encore d'avantage ce type de consultation ?					

13. Si oui, comment vous a-t-on présenté l'étudiant ?

En remplissant ce questionnaire, vous nous avez été d'une grande aide pour optimiser d'avantage ce type de consultation.

A m	non tour, maintenant, de vous apporter <u>amples informations</u> .
✓	Actuellement, les études de médecine générale durent 9 ans.
✓	Les 6 premières années, sont un tronc commun pour TOUS les futurs médecins, TOUTES spécialités confondues.
✓	Ensuite, un concours nous permet de choisir notre spécialité.
✓	L'étudiant que vous avez eu en consultation a donc choisi « médecine générale ».
✓	La formation en médecine générale comporte 3 années supplémentaires : c'est un Diplôme d'Etudes Spécialisé en Médecine Générale.
✓	Différents stages y sont obligatoires : 6 semestres.
	- Pendant la première année, nous réalisons un premier stage avec des médecins généralistes en ville, nous participons aux consultations avec lui.
	- Pendant la dernière année, nous réalisons un second stage avec des médecins généralistes en ville, nous réalisor cette fois, les consultations seuls.
✓	Nous appelons cela SASPAS pour « stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé »
✓	L'étudiant qui vous a reçu est donc en dernière année d'études de médecine.
✓	Le soir, nous réalisons avec notre maître de stage une « rétroaction » de la journée : nous discutons ensemble des patients vus en consultation.
	22. Avez-vous trouvé cette dernière page utile ?
	- Non - Oui

Merci beaucoup pour votre participation! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse: benjamin.voiseux.etu@univ-lille.fr

# Annexe 2 : Protocole d'étude à destination des internes et MSU

Bonjour,

Nous réalisons une étude: Identification de l'interne SASPAS par les patients le rencontrant en consultation.

L'objectif est de continuer à informer les patients sur le statut de l'interne en SASPAS. (qui est-il ?)

Vous est-il possible de compléter ce questionnaire en ligne ?

https://questionnaire-saspas.limequery.com/311411?newtest=Y&lang=fr

A la fin de sa consultation, l'interne SASPAS propose et complète ce questionnaire, en ligne, avec le patient majeur (objectif: 3 à 5 questionnaires par interne)

Dans l'attente de votre retour, restant disponible,

Merci à ceux qui ont déjà répondu, d'avance merci pour les autres

Benjamin VOISEUX 06 XX XX XX XX Benj XXXXXXXX

## Annexe 3 : Récépissé déclaration de conformité

Direction Données personnelles et archives 42 rue Paul Duez 59000 Lille dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER Responsable administrative Yasmine GUEMRA La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration. Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr Responsable du traitement Nom : Université de Lille SIREN: 13 00 23583 00011 Adresse : 42 rue Paul Duez Code NAF: 8542Z 59000 LILLE Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 Traitement déclaré Intitulé : Vision du patient sur l'étudiant en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) Référence Registre DPO : 2021-46 Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Benjamin VOISEUX – M. le Professeur Marc BAYEN Fait à Lille, Jean-Luc TESSIER Le 3 mars 2021 Délégué à la Protection des Données

# Annexe 4 : Statistiques bivariées via biostatgv ®

# • Khi 2 âge / spécialité

• Méthode : Pearson's Chi-squared test

• Statistique observée Qobs : 0.55126910099078

• p-value : 0.75909028924805

• Paramètre du test : 2

• Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	<b>Y1</b>	Y2	<b>Y</b> 3
X1	21.407	17.63	28.963
X2	12.593	10.37	17.037

La valeur p (p-value) de votre test est 0.75909028924805.

# • Khi 2 activité / spécialité

• Méthode : Pearson's Chi-squared test

• Statistique observée Qobs : 3.5540549053204

• p-value : 0.16914017792993

• Paramètre du test : 2

• Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2	<b>Y</b> 3
X1	18.259	15.037	24.704
<b>X2</b>	15.741	12.963	21.296

La valeur p (p-value) de votre test est 0.16914017792993.

# • Khi 2 fréquence de consultation / spécialité

• Méthode : Pearson's Chi-squared test

• Statistique observée Qobs : 3.1726433365108

• p-value : 0.2046770990479

• Paramètre du test : 2

• Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	<b>Y1</b>	Y2	<b>Y</b> 3
<b>X1</b>	22.037	18.148	29.815
X2	11.963	9.852	16.185

La valeur p (p-value) de votre test est 0.2046770990479.

# • Student égalité des moyennes en années d'études

- Données série 1: 60L x 1C, série 2: 48L x 1C
- Méthode : Welch Two Sample t-test; Alternative :two.sided
- Statistique observée Qobs : 2.3157535314796
- p-value : 0.022528557680868
- T: Array Intervalle de confiance à 95%[0.1305; 1.6861]
- Degrés de liberté : 104.29948278983
- Moyenne : Groupe 1: 6.7 ; Groupe 2: 5.7916666666667

La valeur p (p-value) de votre test est 0.022528557680868.

**AUTEUR: Voiseux Benjamin** 

Date de soutenance : 25 novembre 2021

Titre de la thèse : Identification de l'étudiant en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) par les patients le rencontrant en consultation

Thèse - Médecine – Lille 2021 Cadre de classement : Pédagogie DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : patients, étudiant en médecine, SASPAS, médecin généraliste

Plusieurs études concernant le SASPAS, ont été réalisées avant qu'il ne devienne obligatoire. Ce caractère obligatoire, récent, va augmenter le nombre de patients reçus par les étudiants en SASPAS. Le ressenti des patients vis-à-vis des internes autonomes est globalement très positif. Pour eux, cela semble notamment faciliter l'accès aux soins et lutter contre la désertification médicale. Cependant une meilleure information est toujours souhaitée par les patients : qui est le SASPAS?

Dans le cadre d'une étude quantitative, des questionnaires anonymes ont été proposés aux patients sortant d'une consultation menée par un interne en SASPAS. Au total, 184 questionnaires ont été recueilli : 76 exclus et 108 exploitables analysés. Parmi les répondants, 56% étaient des femmes, 63 % avaient de 18 à 50 ans, 52% étaient salariés, 45% urbains et 68 % n'étaient pas en ALD. 70 % étaient suivi depuis 1 à 15 ans et 52% trimestriellement. 59 % avaient le MSU comme médecin traitant et 93 % connaissaient son statut. 87% ont été averti de la présence de l'interne en consultation, la majorité par la secrétaire. L'étudiant a été présenté comme un interne de médecine pour 53% des patients et 70% ont donné leur accord pour consulter avec lui. 74% pensaient qu'il existe une rétro action, et 52 % à la fréquence «souvent ».

La moyenne d'études du SASPAS était estimée à 6,3 ans et pour 43% des patients d'interne avait déjà choisi sa spécialité. Il a les mêmes droits de prescription de médicaments (91%), de stupéfiants (41%), de certificat (81%) et de réalisation d'actes techniques (48%) que le médecin référent. 48% font la différence étudiant versus remplaçant. 94% des patients trouvaient l'apport d'informations sur le statut de l'interne utile. Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre les données socio démographiques des patients (âge, catégorie socio professionnelle, fréquence de consultation) et leurs connaissances de la spécialité médecine générale. Les femmes et les hommes semblaient percevoir différemment le niveau d'études de l'interne en SASPAS au risque d'erreur de 5%.

En conclusion, la perception patient de l'interne en SASPAS peut encore être améliorée et pourrait être à l'origine de prochains travaux de recherche. La distinction interne et remplaçant demeure difficile et peut encore être améliorée. D'autres travaux pourraient permettre de renforcer la connaissance du statut de l'interne pour optimiser la relation de confiance médecin – patient.

**Composition du Jury:** 

Président : C. Berkhout Assesseurs : D. Deleplanque Directeur de thèse : M. Bayen