



# PLAN

## RESUME

### 1. INTRODUCTION

### 2. METHODES

#### 1. Population étudiée

#### 2. Recueil de données

#### 3. Critères de jugement

##### 1.1. Stress Perçu

##### 1.2. Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste

#### 4. Analyse des données

### 3. RESULTATS

#### 1. Étude du stress perçu

#### 2. Étude du niveau d'assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste

#### 3. Evaluation de la pratique de remplacements sur le niveau de stress et d'assurance professionnelle

### 4. DISCUSSION et CONCLUSION

#### Forces et Faiblesses

#### Définition de la notion de stress

#### Echelle de stress PSS

#### Stress perçu par les internes

#### Stress et Burn-Out

#### Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste

#### SASPAS et Remplacements

### 5. BIBLIOGRAPHIE

### 6. LISTE DES FIGURES

### 7. LISTE DES TABLEAUX

### 8. TABLE DES MATIERES

### 9. ANNEXES

## RESUME

**Introduction.** Le SASPAS (Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée), créé en 2004, a montré ses qualités pédagogiques. Le but de cette étude était de décrire le stress perçu par les internes de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, au début et à la fin d'un SASPAS, ainsi que leur assurance dans la maîtrise des compétences du médecin généraliste, par comparaison aux internes ne réalisant pas de SASPAS. Cette étude permettait une comparaison avec une enquête réalisée entre mai et novembre 2014 à l'UFR de Reims démontrant une diminution du stress perçu chez les internes en SASPAS, ainsi qu'une amélioration de l'assurance professionnelle.

**Sujets et Méthodes.** Trois questionnaires en ligne ont été envoyés aux 126 internes inscrits en troisième année du DES de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, au début et à la fin du semestre se déroulant de novembre 2015 à mai 2016. Le premier questionnaire visait à recueillir les caractéristiques des internes, le deuxième portait sur le stress perçu (échelle PSS dans sa version française à 10 items) et le troisième sur l'assurance professionnelle.

**Résultats.** 41 réponses ont été incluses. Il existait, à la fin du stage un niveau de stress significativement plus bas chez les internes en SASPAS (2,82/10 dans le groupe SASPAS, versus 4/10 dans le groupe non-SASPAS,  $p=0,033$ ). Il existait une diminution significative du niveau de stress entre le début et la fin du semestre concernant les internes en SASPAS (différence début/fin -0,92 ;  $p=0,038$ ). On n'observait pas de diminution significative du niveau de stress dans le groupe non-SASPAS (différence début/fin -0,25 ;  $p=0,646$ ). On observait, entre le début et la fin du stage, dans le groupe SASPAS, une augmentation significative du niveau d'assurance pour 14 des 15 compétences étudiées. Dans le groupe non-SASPAS, il existait une augmentation significative pour 3 des 15 compétences.

**Conclusion.** Cette étude a mis en évidence un niveau de stress plus bas chez les internes en SASPAS ainsi qu'un meilleur niveau d'assurance en terme de compétences du médecin généraliste. Ceci conforte l'importance du SASPAS dans la formation des internes de médecine générale.

**Mots-clés : SASPAS, Stress, Compétence professionnelle, Médecine générale**

# 1. INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité à part entière depuis 2004. Le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale met en avant l'importance de la réalisation de stages ambulatoires en cabinet de médecine générale. Le Projet de Réforme du troisième cycle des études médicales, établi par les Prs Couraud et Pruvot en 2013, préconise une augmentation du nombre de stages ambulatoires, « l'objectif étant d'aboutir le plus rapidement possible à trois stages ambulatoires » (1) (2) (3).

Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) est le stage par excellence qui permet à l'interne d'être confronté aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire. Il permet de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours, de se familiariser avec les réseaux de soins, d'acquérir et de mettre en pratique des mesures de prévention, et de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet (4).

Ses objectifs pédagogiques, définis par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), sont : le suivi du patient, la démarche décisionnelle spécifique, les capacités réflexives et l'organisation de la structure des soins (5).

L'interne réalise seul des consultations sous la supervision indirecte (situation rapportée) et, si besoin, directe (situation observée), du Maître de Stage Universitaire (MSU).

Une étude menée par Secret et Schuers a mis en avant les qualités pédagogiques du SASPAS, montrant « de meilleures performances chez les internes en SASPAS pour l'entretien clinique, la démarche diagnostique, la thérapeutique, l'information du patient et la

relation médecin-patient ». L'interne en autonomie développe sa confiance en lui, dans un environnement rassurant par le biais de la supervision indirecte (6).

Des études sur le vécu des internes en SASPAS ont mis en évidence un ressenti global positif, ainsi qu'une amélioration de l'autonomie, de l'expérience acquise, de la responsabilité, de la maîtrise, de la confiance et de la sérénité dans la pratique (7).

On observe un important stress chez les internes de médecine générale. En effet, une enquête nationale en 2011 réalisée par Le Tourneur et Komly, montrait que 58% des internes avaient au moins un score pathologique au MBI (Maslach Burn Out Inventory) (8). Le fait d'être en SASPAS y apparaissait comme protecteur par rapport aux stages hospitaliers, notamment en terme de charge de travail (9).

Le but de cette étude était de décrire le stress perçu par les internes de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, au début et à la fin d'un SASPAS, ainsi que leur assurance dans la maîtrise des compétences du médecin généraliste, par comparaison aux internes ne réalisant pas de SASPAS.

Cette étude permettait une comparaison avec une enquête réalisée entre mai et novembre 2014 à l'UFR de Reims démontrant une diminution du stress perçu chez les internes en SASPAS, ainsi qu'une amélioration de l'assurance professionnelle (10).

## **2. MÉTHODES**

### **1. Population étudiée**

Il s'agissait d'une étude prospective, monocentrique ; elle a été menée de novembre 2015 à mai 2016. La population étudiée concernait l'ensemble des internes de la faculté de médecine d'Angers réalisant leur stage de dernière année de DES entre novembre 2015 et mai 2016.

### **2. Recueil de données**

Le recueil de données était prospectif. Trois questionnaires en ligne (le premier visant à recueillir les caractéristiques des internes, le deuxième portant sur le stress perçu et le troisième sur l'assurance professionnelle) réalisés via le site intranet de l'université réalisés avec le logiciel Sphinx ont été envoyés aux 126 internes inscrits en troisième année du DES de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers par courriel, initialement au début du stage, avec un rappel automatisé 14 jours plus tard en l'absence de réponse, puis six mois plus tard, à la fin du stage, avec également un rappel automatisé 14 jours plus tard en l'absence de réponse. Ces questionnaires ont été bâtis à partir des questionnaires de l'enquête similaire réalisée à l'UFR de Reims.

Seuls les internes qui avaient répondu aux premiers questionnaires ont été recontactés six mois après.

La durée de remplissage des questionnaires était estimée à 5 minutes.

### 3. Critères de jugement

#### 1.1. Stress Perçu

Le stress ressenti a été mesuré avec l'échelle Perceived Stress Scale (PSS) créée par Cohen en 1983, dans sa version française en 10 items, PSS 10 (11). L'intitulé du questionnaire était : « Au cours du dernier mois, combien de fois... ». Les réponses étaient recueillies sous la forme d'une échelle de Likert à cinq choix allant de « Jamais » (0) à « Souvent » (4) pour les questions 1, 2, 3, 6, 9, 10 et de « Souvent » (0) à « Jamais » (10) pour les questions 4, 5, 7 et 8 (tableau I).

La somme des réponses, comprise entre 0 et 40 a été divisée par 4 pour obtenir un score sur 10. Un score de 0/10 correspondait à un stress perçu minimal, et un score de 10/10 correspondait à un stress perçu maximal.

#### 1.2. Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste

Un questionnaire à 15 items construit à partir des compétences du médecin généraliste (12) (13), lors d'une étude similaire portant sur l'évaluation de l'assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences professionnelles à l'UFR de Reims (10) a été utilisé. L'intitulé du questionnaire était : « À ce jour, si vous deviez remplacer seul(e) un médecin généraliste pour ses consultations, vous sentez-vous compétent(e) pour... » (tableau II).

Les réponses étaient recueillies sous la forme d'une échelle de Likert allant de « pas du tout compétent » (1) à « tout à fait compétent » (10).

## 4. Analyse des données

Les mesures de la PSS10 et l'auto-évaluation pour chaque compétence ont été évaluées en moyennes et écart-types. Les analyses statistiques ont été menées à l'aide d'un test de Student afin de comparer les moyennes obtenues auprès des différents échantillons appariés (étude de l'évolution du niveau de stress et de l'assurance entre début et fin de stage) et auprès d'échantillons indépendants (différences entre groupe SASPAS et groupe non-SASPAS). Une différence était considérée significative si  $p \leq 0,05$ . Le logiciel tableur Excel a été utilisé pour les analyses statistiques.

L'étude a permis de comparer deux groupes : les internes en SASPAS et les internes qui n'étaient pas en SASPAS. Les données étaient anonymes et ont été appariées entre le début et la fin du semestre pour l'analyse.

L'évaluation de l'influence de la pratique de remplacements sur le niveau de stress et d'assurance professionnelle a été effectuée, par l'intermédiaire de deux régressions linéaires (en début et fin de stage), et par le test de Fischer.

Au cours du dernier mois, combien de fois..
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?
4. (*) Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?
5. (*) Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?
7. (*) Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?
8. (*) Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?
9. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

Tableau I : Échelle PSS 10 évaluant le stress des internes.  
\* Echelle de Likert inversée de "Souvent" (0) à Jamais (4)

**À ce jour, si vous devez remplacer seul un médecin généraliste pour ses consultations, vous sentez-vous compétent(e) pour...**

1. Prendre en charge les problèmes de santé de premier recours ?
2. Coordonner efficacement la prise en charge d'un patient avec les autres professionnels de santé et les moyens disponibles ?
3. Appliquer dans votre exercice les règles légales et déontologiques ?
4. Adopter une approche centrée sur la personne, en tenant compte de son contexte personnel (dimensions culturelles, existentielles) et de son entourage ?
5. Prendre vos décisions en vous fondant sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ?
6. Gérer le temps de consultation, de l'interrogatoire jusqu'au règlement, en tolérant de conclure malgré une part d'incertitude dans votre décision ?
7. Gérer chez le même patient des plaintes et pathologies multiples, aiguës et chroniques, au stade précoce comme au stade évolué voire terminal ?
8. Prendre vos décisions en intégrant les données actuelles de la science, adaptées aux besoins du patient ?
9. Intervenir dans l'urgence si nécessaire ?
10. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en Médecine Générale ?
11. Créer le premier contact avec un patient et créer avec lui une relation adaptée respectant son autonomie ?
12. Articuler dans votre pratique l'éducation du patient pour sa santé, la prévention et la gestion des maladies ?
13. Intégrer dans votre pratique des actions de dépistage individuel et de masse, et les enjeux de santé individuelle et de santé publique ?
14. Utiliser le logiciel-métier et effectuer les tâches administratives et comptables ?
15. Evaluer votre pratique professionnelle et suivre une formation médicale continue organisée et validée ?

Tableau II : Évaluation des 15 compétences du Médecin Généraliste

### 3. RESULTATS

Au terme de l'étude, le nombre total de questionnaires inclus était de 41.

54 internes (soit 43%) ont répondu au premier envoi, et 44 internes (soit 35%) ont répondu au deuxième envoi. Trois questionnaires n'ont pas été inclus pour cause d'incohérence dans les caractéristiques avec les questionnaires du début de semestre.

L'âge moyen des internes était de 27,5 ans, on observait une majorité de femmes (n=32 soit 78%), ceci était concordant avec la répartition des 126 internes en dernière année de DES de médecine générale (93 femmes soit 73,8%). 15 internes soit 36,5% étaient originaires d'Angers (la proportion d'internes dont la faculté d'origine est Angers est de 23,2% parmi les internes en dernière année de DES de médecine générale).

21 internes (51,2%) qui étaient en SASPAS ont répondu, sur un effectif total de 34 (groupe SASPAS). Le groupe non-SASPAS était constitué de 13 internes en stage hospitalier (65%), et 7 dans d'autres stages. Chez les internes en SASPAS, on observait un rythme de supervision quotidienne dans 75% des cas.

Parmi les internes en SASPAS, 8 internes (38%) avaient déjà effectué un remplacement au début du semestre, versus 2 internes (10%) dans le groupe non-SASPAS. À la fin du semestre, 11 internes (52%) avaient déjà effectué un remplacement dans le groupe SASPAS, versus 5 internes (25%) dans le groupe non-SASPAS.

Le nombre moyen de jours remplacés était de 17,5 au début du semestre, et de 12,2 à la fin du semestre (tableau III).

<b>Analyse Sources</b>	
<i>Nombre de Réponses</i>	41
<i>Genre</i>	
<i>Homme</i>	9 (22%)
<i>Femme</i>	32 (78%)
<i>Âge</i>	
<i>Moyenne</i>	27,5
<i>Min</i>	26
<i>Max</i>	32
<i>Type de stage</i>	
SASPAS	21 (51,3%)
Non SASPAS	20 (48,7%)
<i>Répartition groupe non-SASPAS</i>	
<i>Stage hospitalier</i>	13 (65%)
<i>Stage ambulatoire de niveau 1</i>	2 (10%)
<i>Autre</i>	5 (25%)
<i>Rythme de supervision si SASPAS</i>	
<i>Quotidienne</i>	18 (85,7%)
<i>Une à deux fois par semaine</i>	1 (4,76%)
<i>Parfois</i>	2 (9,52%)
<i>Jamais</i>	0%
<i>Faculté de Provenance</i>	
<i>Angers</i>	15 (36,5%)
<i>Nantes</i>	6 (14,6%)
<i>Poitiers</i>	4 (9,7%)
<i>Bordeaux</i>	2 (4,9%)
<i>Paris X</i>	2 (4,9%)
<i>Besançon</i>	1 (2,4%)
<i>Brest</i>	1 (2,4%)
<i>Caen</i>	1 (2,4%)
<i>Créteil</i>	1 (2,4%)
<i>Limoges</i>	1 (2,4%)
<i>Lyon Sud</i>	1 (2,4%)
<i>Paris V</i>	1 (2,4%)
<i>Paris VII</i>	1 (2,4%)
<i>Paris XI</i>	1 (2,4%)
<i>Rouen</i>	1 (2,4%)
<i>Toulouse</i>	1 (2,4%)
<i>Tours</i>	1 (2,4%)
<i>Remplacements en début de semestre</i>	
<i>Groupe SASPAS</i>	8 (38%)
<i>Nombre moyen de jours remplacés</i>	17,6
<i>Groupe non-SASPAS</i>	2 (10%)
<i>Nombre moyen de jours remplacés</i>	17
<i>Remplacements en fin de semestre</i>	
<i>Groupe SASPAS</i>	11 (52%)
<i>Nombre moyen jours remplacés</i>	14,36
<i>Groupe non-SASPAS</i>	5 (25%)
<i>Nombre moyen jours remplacés</i>	7,4

Tableau III : Caractéristiques des internes

## 1. Étude du stress perçu

Au début du stage, le score moyen de stress perçu n'était pas significativement plus bas chez les internes en SASPAS (3,74 dans le groupe SASPAS, versus 4,25 dans le groupe non-SASPAS,  $p=0,204$ ). Il était, à la fin du stage, significativement plus bas chez les internes en SASPAS (2,82 dans le groupe SASPAS, versus 4 dans le groupe non-SASPAS,  $p=0,033$ ).

Il existait une diminution significative du niveau de stress entre le début et la fin du semestre concernant les internes en SASPAS (différence début/fin -0,92 ;  $p=0,038$ ).

On n'observait pas de diminution significative du niveau de stress entre le début et la fin du semestre concernant le groupe non-SASPAS (différence début/fin -0,25 ;  $p=0,646$ ) (Tableau IV).

	Début de stage			Fin de Stage			Différence début / fin	
	Moyenne	+ / - Ecart Type	Significativité (p)	Moyenne	+ / - Ecart Type	Significativité (p)	Différence	Significativité (p)
<i>Tous les internes</i>	3.99	1.95		3.40	2.06		- 0.59	
SASPAS	3.74	1.68		2.82	1.50		- 0.92	0.038
Non-SASPAS	4.25	2.21		4.00	2.40		- 0.25	0.646
<i>Différence SASPAS / Non-SASPAS</i>	- 0.51		0.204	- 1.18		0.033		

Tableau IV : Evolution du stress perçu chez les internes, comparaison début et fin de stage, groupe SASPAS vs groupe non-SASPAS

## 2. Étude du niveau d'assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste

On observe, dans le groupe SASPAS, entre le début et la fin du stage, une augmentation significative du niveau d'assurance pour 14 des 15 compétences étudiées : 1. Premier recours ( $p < 0,01$ ) ; 2. Coordination ( $p < 0,01$ ) ; 3. Déontologie ( $p < 0,01$ ) ; 4. Approche centrée sur le patient ( $p < 0,01$ ) ; 5. Décision en soins primaires ( $p < 0,01$ ) ; 6. Gestion du temps et incertitude ( $p < 0,01$ ) ; 7. Plaintes multiples ( $p < 0,01$ ) ; 8. Données de la science ( $p < 0,01$ ) ; 9. Intervenir dans l'urgence ( $p < 0,01$ ) ; 10. Gestes techniques ( $p = 0,02$ ) ; 12. Éducation et prévention ( $p = 0,02$ ) ; 13. Dépistage et santé publique ( $p < 0,01$ ) ; 14. Logiciels et comptabilité ( $p < 0,01$ ) ; 15. Formation professionnelle ( $p < 0,01$ ) (Tableau V).

Dans le groupe non-SASPAS, on observe entre le début et la fin du stage une augmentation significative du niveau d'assurance pour 3 des 15 compétences étudiées : 4. Approche centrée sur le patient ( $p = 0,02$ ) ; 5. Décision en soins primaires ( $p = 0,04$ ) ; 9. Intervenir dans l'urgence ( $p < 0,05$ ) (Tableau V).

À la fin du stage, le niveau d'assurance professionnelle était significativement plus élevé dans le groupe SASPAS que dans le groupe non-SASPAS pour 9 des 15 compétences : 1. Premier recours ( $p = 0,04$ ) ; 6. Gestion du temps et incertitude ( $p = 0,01$ ) ; 7. Plaintes multiples ( $p = 0,01$ ) ; 8. Données de la science ( $p < 0,01$ ) ; 11. Relation au patient ( $p = 0,02$ ) ; 12. Education et prévention ( $p = 0,02$ ) ; 13. Dépistage et santé publique ( $p = 0,01$ ) ; 14. Logiciels et comptabilité ( $p < 0,01$ ) ; 15. Formation professionnelle ( $p < 0,01$ ) (Tableau VI).

À la fin du stage, la moyenne des compétences perçues était de 7,99 sur 10 chez les internes en SASPAS et de 7,08 sur 10 chez les internes du groupe non-SASPAS (Tableau VI).

	Évolution de l'assurance des internes SASPAS dans leurs compétences en médecine générale				Évolution de l'assurance des internes Non-SASPAS dans leurs compétences en médecine générale			
	Moyenne des différences SASPAS	Ecart-Type des différences SASPAS	Intervalle de confiance Evolution Assurance en compétences pour SASPAS	p	Moyenne des différences Non-SASPAS	Ecart-Type des différences Non-SASPAS	Intervalle de confiance Evolution Assurance en compétences pour Non-SASPAS	p
<i>Premier recours</i>	0.90	1.39	[ 0.38 1.43 ]	0.00812	0.35	2.16	[ -0.49 1.19 ]	0.42669
<i>Coordination</i>	1.38	1.36	[ 0.87 1.89 ]	0.00002	0.40	1.54	[ -0.20 1.00 ]	0.22583
<i>Déontologie</i>	1.10	1.56	[ 0.51 1.68 ]	0.00541	0.50	2.10	[ -0.31 1.31 ]	0.31974
<i>Approche centrée patient</i>	1.00	1.56	[ 0.41 1.59 ]	0.00218	0.80	1.50	[ 0.22 1.38 ]	0.02217
<i>Décision en soins primaires</i>	1.05	1.39	[ 0.52 1.57 ]	0.00606	0.70	1.57	[ 0.09 1.31 ]	0.03975
<i>Gestion du temps, incertitude</i>	1.38	1.82	[ 0.70 2.07 ]	0.00384	0.45	1.27	[ -0.04 0.94 ]	0.3173
<i>Plaintes multiples</i>	1.48	1.41	[ 0.94 2.01 ]	0.00034	0.10	1.56	[ -0.50 0.70 ]	0.79328
<i>Données de la science</i>	1.33	1.26	[ 0.86 1.81 ]	0.00011	0.75	1.88	[ 0.02 1.48 ]	0.06507
<i>Urgences</i>	1.19	1.73	[ 0.54 1.84 ]	0.00542	1.25	2.24	[ 0.38 2.12 ]	0.00966
<i>Gestes techniques</i>	0.95	1.40	[ 0.43 1.48 ]	0.02123	0.25	1.72	[ -0.41 0.91 ]	0.50629
<i>Relation au patient</i>	0.29	1.31	[ -0.21 0.78 ]	0.36725	0.40	1.49	[ -0.18 0.98 ]	0.21411
<i>Education, Prévention</i>	1.00	1.52	[ 0.43 1.57 ]	0.02542	0.20	1.49	[ -0.38 0.78 ]	0.47939
<i>Dépistage, santé publique</i>	1.14	1.57	[ 0.55 1.73 ]	0.00264	0.05	1.58	[ -0.56 0.66 ]	0.87079
<i>Logiciels, comptabilité</i>	1.33	1.55	[ 0.75 1.92 ]	0.00167	0.50	2.16	[ -0.34 1.34 ]	0.29809
<i>Formation professionnelle</i>	1.29	1.53	[ 0.71 1.86 ]	0.00219	0.30	2.29	[ -1.18 0.58 ]	0.52157

Tableau V : Evolution de l'assurance des internes dans leurs compétences en médecine générale, entre le début et la fin du stage.

	Assurance moyenne des internes		
	Moyenne SASPAS	Moyenne Non-SASPAS	p
<i>Premier recours</i>	8.33	7.55	0.04960
<i>Coordination</i>	7.90	7.05	0.07696
<i>Déontologie</i>	8.43	7.45	0.05143
<i>Approche centrée patient</i>	8.24	7.95	0.22583
<i>Décision en soins primaires</i>	7.76	7.20	0.10360
<i>Gestion du temps, incertitude</i>	8.14	6.70	0.01272
<i>Plaintes multiples</i>	7.71	6.45	0.01519
<i>Données de la science</i>	8.00	7.15	0.00133
<i>Urgences</i>	7.38	7.75	0.43680
<i>Gestes techniques</i>	7.90	7.50	0.32367
<i>Relation au patient</i>	8.67	7.70	0.02099
<i>Education, Prévention</i>	8.29	7.25	0.02043
<i>Dépistage, santé publique</i>	8.57	7.40	0.01143
<i>Logiciels, comptabilité</i>	7.05	5.30	0.00783
<i>Formation professionnelle</i>	7.48	5.85	0.00431

Tableau VI : Assurance moyenne des internes dans leurs compétences à la fin du stage, comparaison des groupe SASPAS et non-SASPAS

### **3. Evaluation de la pratique de remplacements sur le niveau de stress et d'assurance professionnelle**

Les analyses statistiques n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative concernant l'influence de la pratique ou non de remplacements sur le stress.

Au début du stage, la valeur critique F test de Fischer était de 0,053, ceci traduisant un risque d'erreur trop élevé.

À la fin du stage, la valeur critique de F du test de Fisher était de 0,976.

## 4. DISCUSSION

Cette étude a montré un niveau de stress significativement plus faible chez les internes en SASPAS à la fin du stage.

Elle a également montré une amélioration significative du niveau d'assurance professionnelle pour 14 des 15 compétences du médecin généraliste étudiées chez les internes en SASPAS au cours du stage, contre 3 dans le groupe non-SASPAS.

A la fin du stage, dans le groupe SASPAS, le niveau d'assurance professionnelle était significativement plus élevé pour 9 des 15 compétences du médecin généraliste.

### Forces et faiblesses

Le taux de réponse des internes était de 44 sur 126 personnes contactées, soit 34,9%. Ce taux est relativement faible mais supérieur à celui de l'étude similaire menée à Reims, où il était de 25,6% (34 réponses sur 133 personnes contactées) (10). L'explication pourrait être le fait que les internes ont été contactés par l'intermédiaire de leur adresse de messagerie de l'université, moins consultée qu'une adresse mail personnelle.

Le faible chiffre de réponses limite la portée de la réflexion statistique. Il aurait été intéressant de reproduire l'enquête le semestre suivant dans le but d'augmenter ces chiffres.

## Définition de la notion de stress

Dans la littérature, le stress peut être séparé en stress favorable et défavorable. Le stress favorable concerne les événements qui produisent une mobilisation psychique et somatique (tels un cours ou un entretien), ou encore une situation professionnelle intense.

Le stress défavorable recouvre des événements de vie (agressions, pertes, catastrophes et désastres naturels, expériences de vie, affections somatiques), des situations telles que la précarité, l'isolement, l'épuisement. Il peut concerner toutes les tranches d'âge. Ses répercussions sont à la fois affectives (colère, violence, tristesse, démoralisation, détresse), psychologiques et psychiatriques (insomnie, dysthymie, dépression par exemple), et somatiques (asthénie, céphalées, pathologie ulcéreuse gastro-duodénale, affections cardiovasculaires) (14). Il existe une relation positive entre le stress perçu et les symptômes somatiques et psychiques, un recours accru aux soins, la dépression, la rumination des émotions (11).

Il existe d'ailleurs une corrélation positive avec le cortisol, marqueur biologique du stress (15).

## Echelle de stress PSS

En 1992, Hewitt et al. (16) ont mis en évidence deux facteurs concernant l'échelle PSS. Le premier facteur était la notion de « perception de débordement » également appelée « détresse perçue » (items 1, 2, 3, 8), le deuxième était « l'efficacité personnelle perçue », également appelée « capacité à faire face » (items 6, 7, 9, 10).

La PSS, dans sa version à 10 items, est considérée comme étant optimale pour mesurer le stress perçu tant du point de vue de ses qualités psychométriques que de son application. Elle possède une bonne sensibilité discriminante et une consistance interne satisfaisante. Elle présente une bonne corrélation avec les différentes dimensions de l'échelle de santé Hospital Anxiety and Depression Scale (17).

Des études évaluant la validité de la PSS10 ont démontré une relation négative entre le stress perçu et la satisfaction au travail, la santé physique et mentale, les mesures de bien-être et l'estime de soi.

Certains auteurs déclarent la difficulté de distinguer le stress perçu de la détresse psychologique (le stress perçu pourrait être une facette d'un facteur plus général d'ajustement/non-ajustement émotionnel). Selon Cohen, il y a une distinction conceptuelle entre le stress et la détresse psychologique : la PSS ne décrit pas la détresse psychologique mais le contrôle perçu sur les événements extérieurs. On peut par exemple percevoir des événements stressants sans pour autant manifester les différents symptômes de la détresse psychologique (18).

## **Stress perçu par les internes**

Cette étude permet de mettre en évidence un niveau de stress significativement moins élevé chez les internes en SASPAS ainsi qu'une meilleure assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles du médecin généraliste.

Ceci est corrélé à l'étude princeps réalisée à l'UFR de Reims entre mai et novembre 2014, qui avait démontré un score de stress perçu significativement plus bas dans le groupe

SASPAS ainsi qu'une diminution significative du niveau de stress au cours du semestre dans le groupe SASPAS (différence début/fin  $-0,93$  ( $p < 0,001$ )).

Les scores moyens de stress perçu sont extrêmement proches dans les deux études concernant le groupe SASPAS :

- début du stage : 3,74 dans cette étude et 3,77 dans l'étude de l'UFR de Reims
- fin du stage : 2,82 dans cette étude et 2,83 dans l'étude de l'UFR de Reims.

En revanche, dans le groupe non-SASPAS, les scores moyens de stress perçu sont différents dans les deux études, le niveau de stress étant plus bas dans l'UFR d'Angers (le nombre de réponses était comparable) :

- début du stage : 4,25 dans cette étude et 4,90 dans l'étude de l'UFR de Reims
- fin du stage : 4 dans cette étude et 4,74 dans l'étude de l'UFR de Reims.

Cette notion est intéressante et renforce la notion de diminution du stress perçu lors du stage SASPAS. Ceci peut être expliqué par le fait que les internes qui choisissent un stage SASPAS (en général les internes les mieux classés dans la promotion) le font par projet professionnel, par motivation d'une pratique future en médecine ambulatoire. Il ne s'agit pas d'un stage imposé comme certains peuvent l'être en fin de promotion. Les supervisions directe (si besoin) et indirecte permettent également à l'interne de travailler dans des conditions optimales. On peut citer également l'absence de gardes, un temps de travail hebdomadaire moins élevé qu'en stage hospitalier.

## Stress et Burn-Out

Selon Maslach, le Burn-Out Syndrom (BOS) désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stress professionnel. Il serait la conséquence de réactions de stress quotidien qui finissent par user, épuiser l'individu (19) .

Il n'y a cependant pas de retentissement direct et immédiat du burn-out sur la qualité des soins, une étude américaine réalisée en 2008 chez 123 internes en pédiatrie a montré que les internes en BOS ne font pas plus d'erreurs que ceux qui ne le sont pas (20). L'hypothèse est que les personnes sujettes au BOS pourraient être plus rigoureuses, et donc plus attentives au risque de survenue d'erreur médicale. En revanche, les 25% d'internes répondant aux critères de dépression feraient jusqu'à 6 fois plus d'erreurs médicales. Une des conséquences du BOS étant la dépression (20).

Une étude réalisée en France en 2007 a montré de manière significative que les internes de médecine générale répondant aux critères du BOS selon le MBI (n=92), contrairement aux internes non touchés, étaient moins motivés pour apprendre, moins aptes à réfléchir sur des cas médicaux complexes et lisaient moins de revues médicales. Cette étude a montré également un retentissement sur la vie sociale, avec diminution de la fréquentation d'amis, absence de projets à long terme, absence d'activité physique, consommation d'hypnotiques (21).

Il existe des conséquences économiques et humaines du BOS. En effet, une étude menée par Truchot en Poitou-Charentes en 2003 a démontré que 4% des médecins disent vouloir changer de métier dans l'année et 32,5% envisagent de le faire sans préciser de date (22).

Une étude réalisée en 2011 par Le Tourneur et Komly, faisant l'état des lieux du BOS des internes en médecine générale (IMG), auprès de 4050 internes ayant répondu, a mis en

évidence que 58% des internes avaient au moins un score pathologique au MBI. Cette étude a montré une diminution du BOS chez les internes en stage ambulatoire. 46,7% des internes en SASPAS n'avaient aucun score pathologique au MBI, vs 39,7% en hospitalier (34,4% aux urgences). 5,3% des internes en SASPAS avaient 3 scores morbides au MBI vs 7,3% des internes en stage hospitalier (les trois scores étant épuisement émotionnel, déshumanisation, et accomplissement personnel au travail) (8).

Cette étude a montré que 65,4% des IMG en stage hospitalier travaillaient plus de 50 heures hebdomadaires, vs 17,8% en stage ambulatoire, et que 64,1% des IMG en stage hospitalier faisaient au moins 3 gardes par mois vs 10,2% en stage ambulatoire. Elle a également montré que les IMG en stage hospitalier ont une charge de travail plus élevée qu'en stage ambulatoire et sont plus préoccupés par leurs patients en dehors du contexte professionnel (8).

## **Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste**

La WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, également appelée Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de Famille) avait décrit en 2002 les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste. En 2006, le CNGE a décrit, à partir du texte de la WONCA Europe, les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la médecine générale. En 2009, un groupe national d'experts a défini six compétences généralistes transversales. Chaque compétence comporte plusieurs composantes. Les compétences génériques

transversales ont été représentées graphiquement sous la forme d'une « marguerite des compétences » (Figure 1) (13).

L'étude réalisée à l'UFR de Reims avait montré une augmentation significative du niveau d'assurance pour 7 des 15 compétences dans le groupe SASPAS : 2. Coordination, 6. Gestion du temps et incertitude, 11. Relation au patient, 12. Education et prévention, 13. Dépistage et santé publique, 14. Logiciels et comptabilité, 15. Formation professionnelle. Dans cette étude, on observe une augmentation significative du niveau d'assurance pour 14 des 15 compétences.

La compétence pour laquelle le niveau d'assurance n'a pas augmenté de façon significative (8,38 au début du stage, 8,67 à la fin du stage,  $p=0,367$ ) est la suivante : « Créer le premier contact avec un patient et créer avec lui une relation adaptée respectant son autonomie ».

L'explication pourrait être liée au fait que l'interne en consultation bénéficie d'un temps très court auprès du patient, où il doit réussir à assurer à la fois l'accueil du patient, l'écoute, l'examen clinique, la démarche diagnostique et thérapeutique du (ou des) motifs(s) de consultation (2,1 motifs de consultation en moyenne en France), dans un temps imparti, correspondant au créneau de consultation. L'interne en SASPAS peut également être confronté à des difficultés pour revoir et assurer le suivi des patients, en effet, étant en stage pendant 6 mois, en général 1 jour par semaine par cabinet, il peut être difficile de reconvoquer les patients, malgré le fait que la prise en charge des patients nécessitant un suivi au long cours est l'un des principaux objectifs pédagogiques du SASPAS. Une étude réalisée en 2007 à l'université d'Angers ayant évalué le suivi au long cours du patient lors du SASPAS, avait montré que lorsque la première consultation relevait d'une situation nécessitant un suivi au long cours, les stagiaires avaient proposé un nouveau rendez-vous dans 33,7 % des cas, et que 92,8 % des patients l'avaient honoré (23).

La notion de premier contact est différente en stage hospitalier, le contact avec le patient est prolongé et peut-être plus propice à l'élaboration d'une relation avec le patient malgré un contenu relationnel différent.

On peut également évoquer la notion de réticence de la part de certains patients à l'idée d'être vus en consultation par un interne en formation, et non par son médecin habituel (7) (24).



Figure I : La « marguerite » des compétences du médecin généraliste

## SASPAS et Remplacements

Concernant l'évaluation de la pratique de remplacements sur le niveau de stress et d'assurance professionnelle, les résultats obtenus n'étaient pas significatifs, en raison d'un échantillon d'internes ayant effectué des remplacements très faible, des coefficients de corrélation très petits, une grande dispersion de valeurs (nombre de jours remplacés allant de 1 à 50).

Dans une étude réalisée en 2013 auprès de jeunes médecins généralistes de la région Lorraine évaluant les difficultés ressenties par les IMG lors de leurs premiers remplacements et évaluant l'intérêt du SASPAS, Vieillard a montré que les internes qui avaient réalisé un SASPAS exprimaient moins de difficultés lors de leurs premiers remplacements. Ce rôle positif s'explique par l'acquisition de connaissances médicales au cours du stage, mais également par l'acquisition d'une plus grande confiance en soi et d'une autonomisation plus progressive. Tous les internes ayant réalisé un SASPAS lui reconnaissent une grande valeur pédagogique.

Une étude réalisée en 2011 auprès de 87 médecins ayant réalisé un SASPAS à Brest a montré une influence positive du SASPAS sur le type de remplacement (50% des remplaçants exerçaient le même type d'activité que leur MSU) et sur le type d'activité future : il oriente les jeunes praticiens vers le secteur ambulatoire. L'installation est plus précoce, en groupe, dans un milieu semi-rural, proche du domicile, du lieu de formation et de celui des remplacements. Cette étude a également montré que le SASPAS semble avoir un effet sur le choix de pratique : type de patientèle, de cabinet, de secrétariat, organisation du travail. Elle a par ailleurs montré un effet bénéfique sur la confiance et la sérénité en début d'exercice (25).

En conclusion, cette étude permet de mettre en évidence, chez les internes en SASPAS, un niveau de stress significativement moins élevé, ainsi qu'un niveau d'assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du médecin généraliste significativement plus élevé, par rapport aux internes ne réalisant pas de SASPAS. Ces résultats sont comparables à l'étude similaire réalisée à Reims en 2014.

Ceci met en valeur le stage SASPAS. Il serait intéressant de pouvoir ouvrir plus de postes afin que tous les internes désirant effectuer ce stage puissent le réaliser.

## 5. BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine., (2004).
2. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, (2010).
3. Couraud. Proposition pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014.
4. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 Relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé, (2004).
5. CNGE. Les objectifs pédagogiques du SASPAS. Guide pratique du MSU ECA.; Montreuil 2012. p. 72-5.
6. Secret. SASPAS et compétences cliniques. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. *Exercer*. 2013;106(2):585-95.
7. Fraizy. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS : étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à Octobre 2011.: Université de Bourgogne; 2012.
8. Tourneur L. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. : Université Joseph-Fourier; 2011.
9. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(608):e217-24.
10. Hurtaud. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exercer*. 2015;120:182-90.
11. Bellinghausen. Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. . *Santé publique* 2009;21:365-73.
12. Attali. Compétences pour le DES de Médecine Générale *Exercer*. 2006;76.
13. Compagnon. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55.
14. Greenberg N, Carr JA, Summers CH. Causes and consequences of stress. *Integr Comp Biol*. 2002;42(3):508-16.
15. Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP, et al. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(8):3287-98.
16. Hewitt S. 'Contributing factors to stress'. *Br Dent J*. 1992;173(5):158.
17. Lesage. Mesure du stress en milieu de travail par autoquestionnaires validés en français: revue de la littérature. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 2012;73(4):596-606.
18. Langevin. Perceived Stress Scale (PSS): Echelle de stress perçu. *Références en santé au travail*. 2015;143.
19. Maslach. Burn Out 2011.
20. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.
21. Pittaco. Les internes sont-ils en burnout? : Paris; 2009.

22. Truchot. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes : Poitou-Charentes; 2003.
23. Plourdeau L, Huez JF, Connan L. [Long-term patient follow-up conducted during the supervised self-directed training in ambulatory primary care. One-semester assessment carried out in Angers, France]. Rev Prat. 2008;58(12 Suppl):11-8.
24. Troester. Bilan du SASPAS en Lorraine : étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès de maîtres de stage et internes stagiaires.: Université de Lorraine; 2013.
25. Freche. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? . Exercer. 2011;95:21-4.

Rapport-Gratuit.com

## 6. LISTE DES FIGURES

Figure I : La « marguerite » des compétences du médecin généraliste .....	21
---	----

## 7. LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Échelle PSS 10 évaluant le stress des internes.....	6
Tableau II : Évaluation des 15 compétences du médecin Généraliste .....	7
Tableau III : Caractéristiques des internes .....	9
Tableau IV : Evolution du stress perçu chez les internes, comparaison début et fin de stage, groupe SASPAS vs groupe non-SASPAS.....	10
Tableau V : Evolution de l'assurance des internes dans leurs compétences en médecine générale, entre le début et la fin du stage.....	12
Tableau VI : Assurance moyenne des internes en terme de compétences à la fin du stage, comparaison des groupe SASPAS et non-SASPAS.....	12

## 8. TABLE DES MATIERES

PLAN.....	VII
RESUME .....	1
1. INTRODUCTION .....	2
2. METHODES.....	4
1. Population étudiée .....	4
2. Recueil de données.....	4
3. Critères de jugement.....	5
1.1. Stress Perçu .....	5
1.2. Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste .	5
4. Analyse des données .....	6
3. RESULTATS .....	8
1. Étude du stress perçu .....	10
2. Étude du niveau d'assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste.....	11
3. Evaluation de la pratique de remplacements sur le niveau de stress et d'assurance professionnelle .....	13
4. DISCUSSION .....	14
Forces et faiblesses .....	14
Définition de la notion de stress .....	15
Echelle de stress PSS.....	15
Stress perçu par les internes .....	16
Stress et Burn-Out.....	18
Assurance professionnelle dans la maîtrise des compétences du Médecin Généraliste .....	19
SASPAS et Remplacements.....	22
5. BIBLIOGRAPHIE .....	24
6. LISTE DES FIGURES .....	26
7. LISTE DES TABLEAUX.....	27
8. TABLE DES MATIERES .....	28
9. ANNEXES .....	I

## 9. ANNEXES

Test de Student pour l'étude du stress des internes groupe SASPAS vs groupe non-SASPAS :

	Total sur 10 Analyse Stress Non - SASPAS		
	Début	Fin	Diff.
1	6.75	7	0.25
2	5	4.5	-0.5
3	1.5	0.75	-0.75
4	7.25	1.75	-5.5
5	3	2.75	-0.25
6	5.25	5.75	0.5
7	1.25	3.75	2.5
8	4.5	2.75	-1.75
9	1.25	3.75	2.5
10	3.75	3.75	0
11	4.75	2.5	-2.25
12	3	3.25	0.25
13	2.25	0.75	-1.5
14	2	7	5
15	5	6	1
16	6.5	4.75	-1.75
17	6.5	10	3.5
18	1.25	0.25	-1
19	6.25	3.75	-2.5
20	8	5.25	-2.75

p-value 0.646

	Total sur 10 Analyse Stress SASPAS		
	Début	Fin	Diff.
1	4.25	3	-1.25
2	5.5	0.75	-4.75
3	5	2.5	-2.5
4	3.5	2.25	-1.25
5	6	5.5	-0.5
6	6	2	-4
7	3.5	3.75	0.25
8	3.25	0.75	-2.5
z	0.75	2.5	1.75
10	1	2.25	1.25
11	1.75	1.75	0
12	4	0.25	-3.75
13	2.25	4	1.75
14	4.5	2.25	-2.25
15	4.25	2.5	-1.75
16	3.75	3.25	-0.5
17	3.5	4	0.5
18	2.5	4.25	1.75
19	3	2.5	-0.5
20	7.5	6.5	-1
21	2.75	2.75	0

p-value 0.038

	Significativité différence SASPAS / NON SASPAS début de stage	
	SASPAS	NON SASPAS
1	4.25	6.75
2	5.5	5
3	5	1.5
4	3.5	7.25
5	6	3
6	6	5.25
7	3.5	1.25
8	3.25	4.5
9	0.75	1.25
10	1	3.75
11	1.75	4.75
12	4	3
13	2.25	2.25
14	4.5	2
15	4.25	5
16	3.75	6.5
17	3.5	6.5
18	2.5	1.25
19	3	6.25
20	7.5	8
21	2.75	

p-value 0.204

	Significativité différence SASPAS / NON SASPAS fin de stage	
	SASPAS	NON SASPAS
1	3	7
2	0.75	4.5
3	2.5	0.75
4	2.25	1.75
5	5.5	2.75
6	2	5.75
7	3.75	3.75
8	0.75	2.75
9	2.5	3.75
10	2.25	3.75
11	1.75	2.5
12	0.25	3.25
13	4	0.75
14	2.25	7
15	2.5	6
16	3.25	4.75
17	4	10
18	4.25	0.25
19	2.5	3.75
20	6.5	5.25
21	2.75	

p-value 0.033

Test de Student pour l'analyse statistique des compétences perçues du groupe SASPAS vs groupe non-SASPAS, en début de stage, et fin de stage :

	Début de stage					
	Moyenne Générale	Moyenne SASPAS	Moyenne Non-SASPAS	Ecart-Type Général	Ecart-Type SASPAS	Ecart-Type Non-SASPAS
<i>Problèmes de santé 1er recours</i>	7.32	7.43	7.20	1.81	0.89	2.80
<i>Coordonner prise en charge patient</i>	6.59	6.52	6.65	1.64	1.30	2.22
<i>Règles légales et déontologiques</i>	7.15	7.33	6.95	1.78	1.37	2.38
<i>Approche centrée sur la personne</i>	7.20	7.24	7.15	1.71	1.44	2.25
<i>Prévalence et incidence maladies</i>	6.61	6.71	6.50	1.73	1.05	2.27
<i>Gérer le temps de consultation</i>	6.51	6.76	6.25	2.05	1.75	2.71
<i>Plaintes et pathologies multiples</i>	6.29	6.24	6.35	1.55	1.39	1.94
<i>Décisions données actuelles science</i>	6.54	6.67	6.40	1.64	1.15	2.35
<i>Intervenir dans l'urgence</i>	6.34	6.19	6.50	1.61	1.66	1.84
<i>Sécurité des gestes techniques</i>	7.10	6.95	7.25	1.61	1.09	2.16
<i>Gérer le 1er contact avec le patient</i>	7.85	8.38	7.30	1.67	1.12	2.50
<i>Votre pratique l'éducation du patient</i>	7.17	7.29	7.05	1.70	1.21	2.25
<i>Actions de dépistage individuel</i>	7.39	7.43	7.35	1.72	1.54	2.25
<i>Logiciel métier</i>	5.27	5.71	4.80	1.96	1.32	2.60
<i>Evaluer votre pratique professionnelle</i>	6.17	6.19	6.15	1.72	1.82	2.04

	Fin de Stage						
	Moyenne Générale	Moyenne SASPAS	Moyenne Non-SASPAS	p	Ecart-Type Général	Ecart-Type SASPAS	Ecart-Type Non-SASPAS
<i>Problèmes de santé 1er recours</i>	7.95	8.33	7.55	0.04960	1.36	1.02	1.91
<i>Coordonner prise en charge patient</i>	7.49	7.90	7.05	0.07696	1.38	0.75	2.06
<i>Règles légales et déontologiques</i>	7.95	8.43	7.45	0.05143	1.58	1.17	1.38
<i>Approche centrée sur la personne</i>	8.10	8.24	7.95	0.22583	1.20	1.13	1.39
<i>Prévalence et incidence maladies</i>	7.49	7.76	7.20	0.10360	1.10	0.68	1.44
<i>Gérer le temps de consultation</i>	7.44	8.14	6.70	0.01272	1.83	0.91	2.46
<i>Plaintes et pathologies multiples</i>	7.10	7.71	6.45	0.01519	1.61	1.09	1.95
<i>Décisions données actuelles science</i>	7.59	8.00	7.15	0.00133	0.89	0.63	1.03
<i>Intervenir dans l'urgence</i>	7.56	7.38	7.75	0.43680	1.25	1.29	1.16
<i>Sécurité des gestes techniques</i>	7.71	7.90	7.50	0.32367	1.35	1.11	1.82
<i>Gérer le 1er contact avec le patient</i>	8.20	8.67	7.70	0.02099	1.31	1.03	1.76
<i>Votre pratique l'éducation du patient</i>	7.78	8.29	7.25	0.02043	1.52	1.17	2.13
<i>Actions de dépistage individuel</i>	8.00	8.57	7.40	0.01143	1.61	1.29	2.21
<i>Logiciel métier</i>	6.20	7.05	5.30	0.00783	1.90	1.75	2.48
<i>Evaluer votre pratique professionnelle</i>	6.68	7.48	5.85	0.00431	1.88	0.87	2.29

Test de Student pour l'analyse statistique des compétences perçues du groupe SASPAS vs groupe non-SASPAS, comparaison début/fin de stage :

<b>Test de Student bilatéral échantillons appariés</b>	<b>Valeur p Différence début/fin de stage SASPAS</b>	<b>Valeur p Différence début/fin de stage Non-SASPAS</b>	<b>Valeur p Différence SASPAS/Non-SASPAS fin de stage</b>
<i>Problèmes de santé 1er recours</i>	0.0081	0.4267	0.0496
<i>Coordonner prise en charge patient</i>	0.0000	0.2258	0.0770
<i>Règles légales et déontologiques</i>	0.0054	0.3197	0.0514
<i>Approche centrée sur la personne</i>	0.0022	0.0222	0.2258
<i>Prévalence et incidence maladies</i>	0.0061	0.0398	0.1036
<i>Gérer le temps de consultation</i>	0.0038	0.3173	0.0127
<i>Plaintes et pathologies multiples</i>	0.0003	0.7933	0.0152
<i>Décisions données actuelles science</i>	0.0001	0.0651	0.0013
<i>Intervenir dans l'urgence</i>	0.0054	0.0097	0.4368
<i>Sécurité des gestes techniques</i>	0.0212	0.5063	0.3237
<i>Gérer le 1er contact avec le patient</i>	0.3672	0.2141	0.0210
<i>Votre pratique l'éducation du patient</i>	0.0254	0.4794	0.0204
<i>Actions de dépistage individuel</i>	0.0026	0.8708	0.0114
<i>Logiciel métier</i>	0.0017	0.2981	0.0078
<i>Evaluer votre pratique professionnelle</i>	0.0022	0.5216	0.0043

Test F de Fischer pour l'analyse statistique de la pratique de remplacements sur le stress et l'assurance professionnelle :

RAPPORT DÉTAILLÉ - Début de Stage

<i>Statistiques de la régression</i>	
Coefficient de détermination multiple	<b>0.3458</b>
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	<b>0.1196</b>
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	0.0970
Erreur-type	1.8516
Observations	41

ANALYSE DE VARIANCE - Début de Stage

	<i>Degré de liberté</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Valeur critique de F</i>
Régression	1	18.157	18.157	<b>5.296</b>	<b>0.053</b>
Résidus	39	133.712	3.429		
Total	40	151.869			

RAPPORT DÉTAILLÉ - Fin de Stage

<i>Statistiques de la régression</i>	
Coefficient de détermination multiple	<b>0.005</b>
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	<b>0.000</b>
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	- 0.026
Erreur-type	2.082
Observations	41

ANALYSE DE VARIANCE

	<i>Degré de liberté</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Valeur critique de F</i>
Régression	1	0.004	0.004	<b>0.001</b>	<b>0.976</b>
Résidus	39	169.118	4.336		
Total	40	169.122			

## ÉVALUATION DU STRESS ET DE L'ASSURANCE DANS LA MAÎTRISE DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES PERÇUS PAR LES INTERNES EN SASPAS

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Le SASPAS (Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée), créé en 2004, a montré ses qualités pédagogiques. Le but de cette étude était de décrire le stress perçu par les internes de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, au début et à la fin d'un SASPAS, ainsi que leur assurance dans la maîtrise des compétences du médecin généraliste, par comparaison aux internes ne réalisant pas de SASPAS. Cette étude permettait une comparaison avec une enquête réalisée entre mai et novembre 2014 à l'UFR de Reims démontrant une diminution du stress perçu chez les internes en SASPAS, ainsi qu'une amélioration de l'assurance professionnelle.

**Sujets et Méthodes.** Trois questionnaires en ligne ont été envoyés aux 126 internes inscrits en troisième année du DES de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers, au début et à la fin du semestre se déroulant de novembre 2015 à mai 2016. Le premier questionnaire visait à recueillir les caractéristiques des internes, le deuxième portait sur le stress perçu (échelle PSS dans sa version française à 10 items) et le troisième sur l'assurance professionnelle.

**Résultats.** 41 réponses ont été incluses. Il existait, à la fin du stage un niveau de stress significativement plus bas chez les internes en SASPAS (2,82/10 dans le groupe SASPAS, versus 4/10 dans le groupe non-SASPAS,  $p=0,033$ ). Il existait une diminution significative du niveau de stress entre le début et la fin du semestre concernant les internes en SASPAS (différence début/fin -0,92 ;  $p=0,038$ ). On n'observait pas de diminution significative du niveau de stress dans le groupe non-SASPAS (différence début/fin -0,25 ;  $p=0,646$ ).

On observait, entre le début et la fin du stage, dans le groupe SASPAS, une augmentation significative du niveau d'assurance pour 14 des 15 compétences étudiées. Dans le groupe non-SASPAS, il existait une augmentation significative pour 3 des 15 compétences.

**Conclusion.** Cette étude a mis en évidence un niveau de stress plus bas chez les internes en SASPAS ainsi qu'un meilleur niveau d'assurance en terme de compétences du médecin généraliste. Ceci conforte l'importance du SASPAS dans la formation des internes de médecine générale.

**Mots-clés :** SASPAS, Stress, Compétence professionnelle, Médecine générale

## STUDY OF PERCEIVED STRESS AND CONFIDENCE LEVEL OF SASPAS GENERAL PRACTICE RESIDENTS TRAINING IN THEIR PROFESSIONAL EXPERTISE

### ABSTRACT

**Introduction:** The SASPAS (general practice preceptorship in autonomy), created in 2004, proved its pedagogical benefits. This study aims to describe the stress felt by general practice (GP) interns training between the start and the end of an SASPAS and their confidence in the practice of General Medicine (GM) activity compare to non-SASPAS interns, at the Medical University of Angers. This study allows comparison with a similar survey executed between May and November 2014 at the UFR of Reims, which came to the conclusion that SASPAS significantly reduced the level of stress for SASPAS interns and improved their confidence in GM expertise.

**Methods:** Three online surveys were sent to the 126 GPs interns enrolled in the third year of GM specialization diploma at the Medical University of Angers, at the beginning and the end of the semester (from November 2015 to May 2016). The first survey allowed to collect general information about interns, the second survey was stress focused (approaching 10 items according to the French Perceived Stress Scale - PSS10) and the last survey was focused on the level of confidence in the practice of GM activity.

**Results:** Out of the 41 collected answers between the beginning and the end of the internship, the following observations have been established: a significant lower stress level for SASPAS interns (2.82/10 for the SASPAS group versus 4/10 for the non-SASPAS group,  $p=0.033$ ); a significant reduction of the stress level for SASPAS interns (a negative change of -0.92;  $p=0.038$ ) and no meaningful decrease of stress level for non-SASPAS interns (a negative change of -0.25;  $p=0.646$ ).

Regarding confidence self-assessment in the practice of GM activity, SASPAS interns increased significantly their perceived skills (in 14 skills over 15) whereas non-SASPAS interns only improved their level of confidence in 3 skills over 15.

**Conclusion:** This study highlights a lower level of stress along with a higher confidence level for SASPAS interns in the practice of GM activity. As a consequence this study strengthens the training value of the SASPAS for GM interns.

**Keywords :** SASPAS, Stress, General practice, Professional competence

*Rapport-gratuit.com*   
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES