

Influence du SASPAS sur la perception du stress au travail par les jeunes médecins français 1 an et 5 ans après la fin de leur internat

Julie Fonda

► **To cite this version:**

Julie Fonda. Influence du SASPAS sur la perception du stress au travail par les jeunes médecins français 1 an et 5 ans après la fin de leur internat. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01630378>

HAL Id: dumas-01630378

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630378>

Submitted on 7 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention de diplôme d'Etat de
Docteur en Médecine

Par Julie FONDA
Née le 6 juillet 1988 à Cannes (06)

INFLUENCE DU SASPAS
SUR LA PERCEPTION DU STRESS AU TRAVAIL
PAR LES JEUNES MEDECINS FRANÇAIS
1 AN ET 5 ANS APRES LA FIN DE LEUR INTERNAT

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice
Le 22 septembre 2017

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC

UNIVERSITE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention de diplôme d'Etat de
Docteur en Médecine

Par Julie FONDA
Née le 6 juillet 1988 à Cannes (06)

INFLUENCE DU SASPAS
SUR LA PERCEPTION DU STRESS AU TRAVAIL
PAR LES JEUNES MEDECINS FRANÇAIS
1 AN ET 5 ANS APRES LA FIN DE LEUR INTERNAT

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice
Le 22 septembre 2017

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC

LISTE DES PROFESSEURS AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2016 A LA FACULTE DE MEDECINE
DE NICE

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRIMAUD Dominique
M. BALAS Daniel	M. HARTER Michel
M. BATT Michel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. JOURDAN Jacques
M. BOQUET Patrice	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE BAS Pierre
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René

Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick

M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean M.
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Professeurs classe exceptionnelle

M. AMIEL Jean
M. BENCHIMOL Daniel
M. BOILEAU Pascal
M. DARCOURT Jacques
M. DESNUELLE Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. GASTAUD Pierre
M. GILSON Éric
M. HASSEN KHODJA Reda

Urologie (52.04)
Chirurgie Générale (53.02)
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Biologie Cellulaire (44.03)
Rhumatologie (50.01)
Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
Médecine Interne (53.01)
Ophtalmologie (55.02)
Biologie Cellulaire (44.03)
Chirurgie Vasculaire (51.04)

M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Professeurs première classe

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Professeurs deuxième classe

M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Professeur des universités

M. HOFLLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

Maitre de conférences des universités

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

Professeurs agrégés

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

Maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)

Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)

Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse,

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,

Vous avez accepté de juger cette thèse. Recevez l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC,

Merci pour tout. Merci d'avoir accepté de diriger ce long travail de thèse et d'avoir eu confiance en moi et mon projet. Merci de m'avoir motivé et encouragé. Merci pour ton investissement et ta gentillesse. Je t'en serai toujours reconnaissante.

A ceux qui ont participé,

A Laure VALERIO pour ton aide précieuse.

Aux médecins généralistes qui ont répondu à mon questionnaire de thèse. Aux secrétaires des facultés de Besançon, Grenoble, Montpellier et Nice pour avoir pris le temps de diffuser mon questionnaire.

A ma famille,

A mes parents : merci pour ces 29 années. Merci pour les découvertes, les voyages, les loisirs. Merci pour votre soutien, votre présence, votre amour et pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je n'aurais pas pu avoir de meilleur exemple de vie. Je vous aime.
Merci pour avoir lu, re-lu, re-re-lu... cette thèse et l'avoir mise en page !!!

A ma sœur Anaïs : merci pour nos fous rires depuis toujours. Je t'admire pour tout ce que tu fais et te souhaite le meilleur. Je serais toujours là pour toi. Je t'aime.

A mes grands-parents : merci d'avoir toujours été là pour moi.

A Pascal, à notre avenir et nos projets.

A mes amis,

A ma Coralie : on a surmonté cette 6^{ème} année ensemble ! Merci pour tous ces moments ensemble ; de travail, de rires, de fiesta et d'amitié. Vivement ta thèse et un beau voyage ! Je t'adore.

A ma Loulou : pour avoir fait le plus dur avec moi, avec le destin de Lisa et les goûters pour se remonter le moral !

A Bryan, Greg, John, Samantha pour les sous-colles, les soirées et votre amitié.

A Marine, Romain et Anton, merci de m'avoir fait devenir marraine, vous comptez beaucoup pour moi.

A Mathilde, je crois en toi !

A Marine B, Christelle, Valérie.

A mes maîtres de stage les Dr LAGARDE, LAURE, MORADEI, merci pour votre apprentissage et votre amitié.

A Youngie, merci d'avoir été là pour ma vie professionnelle et personnelle. Tu es une belle personne.

« Les batailles de la vie ne sont pas gagnées par les plus forts ni par les plus rapides, mais par ceux qui n'abandonnent jamais ». HASSAN II

TABLE DES MATIERES

1. LISTE DES FIGURES.....	16
2. GLOSSAIRE	17
3. INTRODUCTION.....	18
4. POURQUOI CETTE THESE ?.....	20
4.1. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE	20
4.2. LE SASPAS	22
4.2.1. Définition.....	22
4.2.2. Modalités d'accès.....	22
4.2.3. Déroulement du stage.....	24
4.2.4. Maîtres de stage.....	24
4.3. STRESS ET BURN OUT	25
4.3.1. Connaissances actuelles.....	25
4.3.2. Stress et burn out chez les médecins généralistes	26
4.3.3. Stress et burn out chez les internes en Médecine Générale	27
5. MATERIELS ET METHODES	28
5.1. TYPE D'ETUDE.....	28
5.2. DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	28
5.2.1. Critères d'inclusion.....	28
5.2.2. Modalités de recrutement	29
5.2.3. Recueil des données.....	30
5.3. QUESTIONNAIRE.....	30
6. RESULTATS	33
6.1. ANALYSE QUANTITATIVE.....	33
6.1.1. Description de la population	33
6.1.1.1. Fin d'internat 2014-2015.....	33

6.1.1.2.	Fin d'internat 2010-2011.....	37
6.1.1.3.	PSS total.....	41
6.1.1.4.	Médecins n'ayant pas fait le SASPAS	42
6.1.2.	Analyse des facteurs associés au PSS.....	43
6.1.2.1.	Analyse univariée	43
6.1.2.2.	Analyse multivariée.....	45
6.2.	ANALYSE QUALITATIVE.....	45
7.	DISCUSSION	47
7.1.	SYNTHESE DES RESULTATS	47
7.2.	BIAIS DE L'ETUDE.....	51
7.3.	PERSPECTIVES.....	53
8.	CONCLUSION.....	56
9.	BIBLIOGRAPHIE	57
10.	ANNEXES.....	65
11.	SERMENT D'HIPPOCRATE	74

1. LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : PART ET SEXE DES INTERNES FRANÇAIS INSCRITS EN FILIERE MEDECINE GENERALE A L'ISSUE DES ECN ET PART DE POSTES NON POURVUS	20
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE POSTES NON POURVUS AUX ECN	21
FIGURE 3 : POURCENTAGE D'INTERNES AYANT EU ACCES AU SASPAS EN FRANCE DE 2012 A 2014.....	23
FIGURE 4 : NOMBRE D'INTERNES EN TCEM3 EN FRANCE EN 2010-2011 ET 2014-2015 ET CEUX AYANT REONDUS A MON ETUDE.....	29
FIGURE 5 : CARACTERISTIQUES SOCIALES DES MEDECINS AYANT FINI L'INTERNAT EN 2015	34
FIGURE 6 : CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES MEDECINS AYANT FINI L'INTERNAT EN 2015	35
FIGURE 7 : ACTIVITE ACTUELLE DES MEDECINS AYANT FINI LEUR INTERNAT EN 2015	36
FIGURE 8 : CARACTERISTIQUES SOCIALES DES MEDECINS AYANT FINI L'INTERNAT EN 2011	37
FIGURE 9 : CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES MEDECINS AYANT FINI L'INTERNAT EN 2011	39
FIGURE 10 : ACTIVITE ACTUELLE DES MEDECINS AYANT FINI LEUR INTERNAT EN 2011	40
FIGURE 11 : SCORE PSS TOTAL	41
FIGURE 12 : SCORES DE DETRESSE PERÇUE ET CAPACITE A FAIRE FACE DES MEDECINS AYANT FINI LEUR INTERNAT EN 2011 ET 2015.....	42
FIGURE 13 : RAISONS DE LA NON REALISATION DU SASPAS	43
FIGURE 14 : PART DE SASPAS PAR VILLE EN 2014-2015 ET CEUX AYANT REONDU A MON ETUDE	47
FIGURE 15 : TYPE D'ACTIVITE DES MEDECINS A 1 AN DE LA FIN DE LEUR INTERNAT DANS MON ETUDE ET RECENSES PAR LE CNOM	49
FIGURE 16 : TYPE D'ACTIVITE DES MEDECINS A 5 ANS DE LA FIN DE LEUR INTERNAT DANS MON ETUDE ET RECENSES PAR LE CNOM 8 ANS APRES LA FIN DE LEURS ETUDES	49

2. GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Epreuves Classantes Nationales

GEASP : Groupes d'Entrainement à l'Analyse de Situations Professionnelles

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MG : Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

NS : Non Significatif

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PDS : Problèmes De Santé

PSS : Perceived Stress Scale

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TCEM3 : Troisième année du Troisième Cycle des Etudes de Médecine

3. INTRODUCTION

Les études de médecine sont longues et génératrices de stress. Après la sélective Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) viennent 4 années d'externat au cours desquelles les étudiants en médecine ont accès à des stages hospitaliers en plus des enseignements théoriques.

L'internat faisant suite aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), dure 3 ans pour les étudiants de Médecine Générale (MG).

Au cours de l'internat, en plus des stages hospitaliers, tous les étudiants en médecine effectuent un stage de niveau 1 en cabinet de Médecine Générale et certains seulement peuvent avoir accès au Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

Pendant l'internat, les étudiants en Médecine Générale effectuent 6 stages de 6 mois chacun et l'adaptation à chaque changement de stage n'est pas toujours facile.

Pour une grande majorité d'entre eux, le stage de niveau 1 en cabinet de Médecine Générale est, après 9 ans d'études, la première expérience de médecine de ville ! En effet, durant les 4 années d'externat, il est prévu un stage en Médecine Générale obligatoire, mais qui n'est pas disponible pour tous les étudiants, par manque de maîtres de stage (1)(2)(3).

Le SASPAS dure 6 mois. Il se déroule en cabinet de Médecine Générale auprès d'un ou plusieurs maîtres de stage, selon les facultés. Contrairement au stage de niveau 1 où les consultations sont supervisées, l'interne en SASPAS réalise seul des consultations et visites à la place du maître de stage, avec rapport des situations en fin de journée. Le SASPAS ne peut être choisi qu'au cours de la dernière année d'internat. Il n'est actuellement pas disponible pour tous les internes de Médecine Générale pendant leur cursus, du fait du manque de maîtres de stage ; le nombre de places étant par ailleurs variable selon les facultés.

Des études ont montré une diminution du stress et une meilleure assurance chez les internes qui faisaient le SASPAS en comparaison aux internes dans les autres stages (4)(5).

D'autres ont montré que le SASPAS raccourcissait le délai entre la fin des études et la soutenance de thèse et qu'il avait une influence positive sur le désir d'installation rapide (6).

Aucune, pour l'instant, n'a étudié son retentissement sur la qualité de vie des jeunes médecins.

J'ai moi-même eu accès au SASPAS, en dernier semestre d'internat, et ce stage m'a été très profitable. Il a permis une transition entre mes études et mon début d'exercice tant sur le plan clinique, qu'administratif m'enlevant ainsi une grosse part de stress et me donnant plus d'assurance et de confiance en moi. Mes maîtres de stage ont été présents et le sont encore aujourd'hui si besoin. Je remplace d'ailleurs actuellement chez l'un de mes anciens maîtres de stage.

Forte de cette expérience, j'ai souhaité évaluer son impact sur la qualité de vie des jeunes médecins en particulier sur le stress perçu pendant leur travail.

Le pourcentage de postes disponibles pour le SASPAS variant d'une faculté à l'autre, et afin d'obtenir une population importante, j'ai choisi de faire mon étude sur l'ensemble des facultés de France.

J'ai voulu étudier l'impact du SASPAS à 1 an et 5 ans de la fin de l'internat. A 1 an pour voir s'il y avait des bénéfices lors des débuts d'exercice parce que cela représente potentiellement la période la plus stressante, et à 5 ans car les études montrent que l'installation se fait actuellement en moyenne 5 ans après l'obtention du diplôme (7).

4. POURQUOI CETTE THESE ?

4.1. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE

Le choix de la spécialité fait suite aux ECN clôturant les six premières années d'études. Aucun des 345 items des ECN n'est dévolu à l'enseignement des médecins généralistes. Même l'enseignement relatif aux items concernant des pathologies fréquentes en soins primaires est assuré par d'autres spécialistes que les généralistes. L'évaluation aux ECN est faite à partir de dossiers dits « transversaux » élaborés sans les généralistes universitaires (8).

Au terme de ce concours et en fonction de son classement, l'étudiant choisit sa discipline d'exercice et la ville où il passera les trois années de son internat.

La moitié environ des effectifs passant l'ECN est désormais inscrite dans la filière de Médecine Générale, le pourcentage de femmes augmentant chaque année, ainsi que le pourcentage de postes pourvus (9) (Figure 1).

Année	% internes choisissant MG	% femmes	% postes MG non pourvus
2010	48,3	58,7	18,4
2011	48,0	61,7	15,3
2012	46,8	62,3	3,4
2013	48,2	62,9	3,2
2014	46,4	63,6	2,9
2015	45,7	64,9	0,5
2016	45,6	66,0	2,0

Figure 1 : Part et sexe des internes français inscrits en filière Médecine Générale à l'issue des ECN et part de postes non pourvus

En 2004, la Médecine Générale a été élevée au rang des spécialités médicales (10).

Pourtant, chaque année une partie des postes offerts en Médecine Générale n'est pas pourvue. Mais c'est en corrélation avec le nombre de postes total non pourvus (Figure 2).

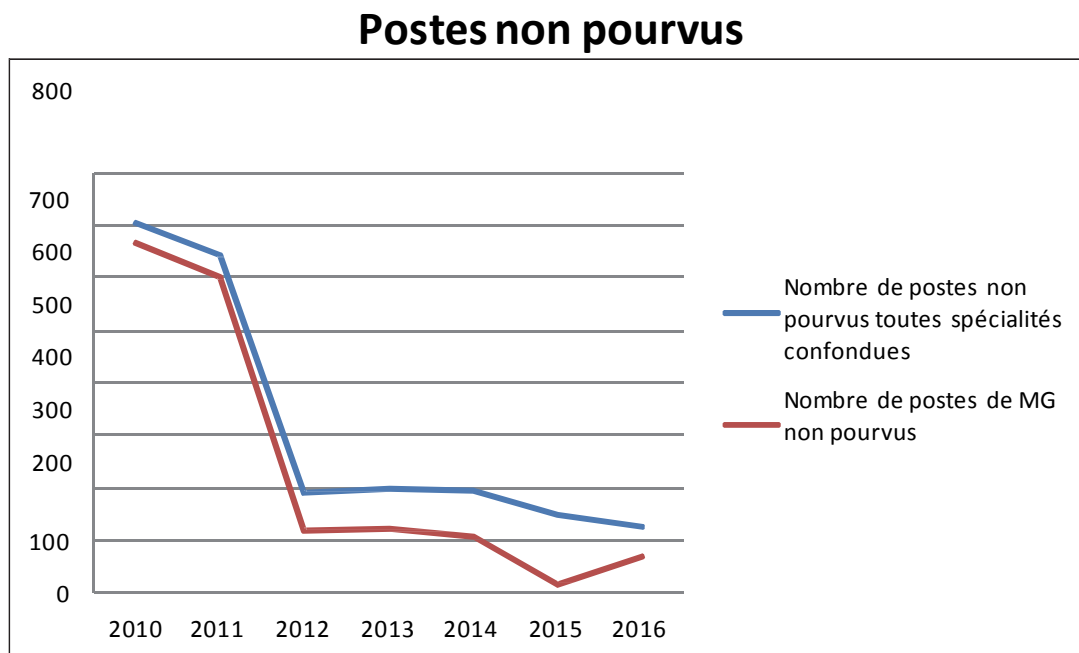


Figure 2 : Evolution du nombre de postes non pourvus aux ECN

L'internat de Médecine Générale comprend 6 stages de 6 mois avec l'obligation de passer par certains stages : urgences, médecine adulte, pédiatrie et/ou gynécologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU), cabinet de Médecine Générale, le dernier restant au choix de l'interne stage libre ou SASPAS.

Le stage chez le praticien de niveau 1 est obligatoire pour tous et disponible à partir du 3^{ème} semestre. Il se déroule sur 9 demi-journées par semaine, encadré par 1 à 3 maîtres de stage, avec 2 demi-journées consacrées à la formation universitaire. Le maître de stage doit être présent à son cabinet en même temps que l'interne et organiser progressivement les différentes phases du stage : une phase d'observation au cours de laquelle le stagiaire regarde et écoute ; une phase semi-active au cours de laquelle le stagiaire peut intervenir en présence du maître de stage et une phase active au cours de laquelle il peut effectuer seul des actes sous la supervision de son Maître de Stage Universitaire (MSU). L'objectif de ce stage est la mise en autonomie de l'interne en contexte de Médecine Générale ambulatoire (11).

4.2. LE SASPAS

4.2.1. Définition

Le SASPAS a été créé en 2004. Il s'inscrit dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale depuis la circulaire du 26 avril 2004 (12). Il ne peut être choisi qu'au cours de la dernière année d'internat et reste pour l'instant facultatif.

L'objectif du SASPAS est de parfaire la formation des futurs généralistes en soins primaires ambulatoires en perfectionnant l'autonomie de l'interne pour lui permettre d'exercer seul.

Ce stage permet une mise en situation en fonction des demandes de soins et favorise les décisions solitaires.

Ses principaux objectifs pédagogiques, définis par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), sont :

- le suivi du patient,
- la démarche décisionnelle spécifique,
- les capacités réflexives,
- l'organisation de la structure de soins (12).

4.2.2. Modalités d'accès

Les modalités d'accès au SASPAS varient d'une faculté à l'autre, et selon les années. Par exemple, pour l'année 2014-2015 :

- à Grenoble et Nice : 3 maîtres de stage, 3 jours travaillés par semaine, postes attribués par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG),
- à Besançon : 4 maîtres de stage, 4 jours travaillés par semaine, postes attribués par le DERMG,

- à Montpellier : 1 ou 2 maîtres de stage, 2 à 3 jours travaillés par semaine, postes proposés par le DERMG aux internes qui doivent eux-mêmes contacter les maîtres de stage.

Dans toutes les facultés, il faut adresser au DERMG une lettre de motivation, qui rappelle les stages déjà effectués et le projet professionnel, plusieurs mois avant le choix des stages.

Les places sont attribuées en fonction du classement aux ECN dans chaque faculté.

Selon les données du Dr TAHA du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le nombre d'étudiants ayant accès au SASPAS est en augmentation constante (Figure 3).

D'après les chiffres du CNGE, au cours de l'année universitaire 2011-2012, 28% d'étudiants en plus qu'en 2009 ont eu accès au SASPAS (8).

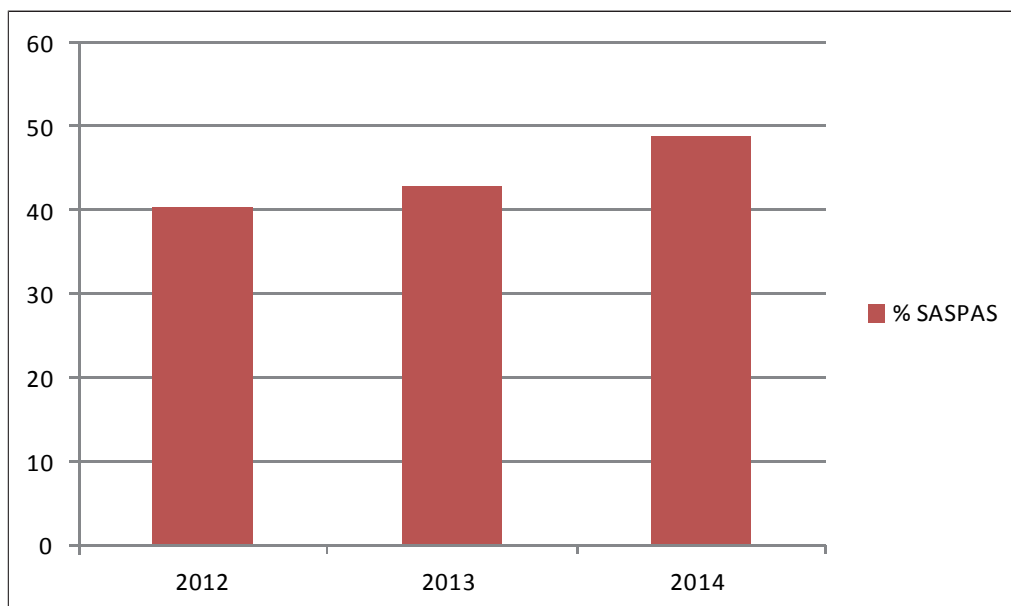


Figure 3 : Pourcentage d'internes ayant eu accès au SASPAS en France de 2012 à 2014

4.2.3. Déroulement du stage

Ce stage de 6 mois se déroule à raison de 9 demi-journées d'activité par semaine consacrées à la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie, et de plus, 2 demi-journées consacrées à la formation universitaire.

En pratique, l'interne en SASPAS réalise seul des consultations et visites à la place du maître de stage, avec rapport des situations en fin de journée.

4.2.4. Maîtres de stage

Les MSU assurent l'enseignement sur les lieux de stage ambulatoire en situation professionnelle. Ils reçoivent une formation à la fonction pédagogique organisée par le CNGE et/ou les DERMG. Ils sont nommés et agréés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et le recrutement est à la charge des DERMG.

Leur rémunération est constituée par des honoraires pédagogiques à hauteur de 600 € par mois pour l'encadrement d'un étudiant de 3^{ème} cycle à plein temps (8).

Pour être MSU il faut avoir réalisé :

- au moins trois années d'exercice en Médecine Générale pour la maîtrise de stage au cours du 3^{ème} cycle des études médicales,
- au moins une année pour la maîtrise de stage au cours du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) (11).

Une thèse de 2013 à Angers a recueilli le point de vue des maîtres de stage sur le SASPAS qui était très positif : l'adaptation du praticien générait des contraintes de temps mais les MSU appréciaient ensuite le temps médical dégagé par la présence de l'interne. La charge de travail différemment répartie favorisait la diversification de pratiques, la formation continue (en stimulant la mise à jour de leurs connaissances) ou même des moments de détente.

La présence des internes apportait un soutien logistique. La relation avec la patientèle n'était pas affectée par la présence d'un stagiaire (13).

4.3. STRESS ET BURN OUT

L'impact de ses longues années d'études sur la qualité de vie des médecins est évidente et le stress généré intéressant à étudier.

4.3.1. Connaissances actuelles

Actuellement, le stress est reconnu pour être impliqué dans de nombreuses maladies (14).

SELYE a démontré qu'une émotion n'est pas seulement un phénomène psychologique, mais qu'elle peut avoir des répercussions organiques (15).

A partir des années soixante-dix, on s'aperçoit que les réactions hormonales dépendent de l'état émotionnel qu'induit le stress sur l'individu.

SARAFINO conclut que le stress est la « résultante de transactions entre la personne et son environnement, qui conduisent l'individu à percevoir une discordance, réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et social » **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

SELYE conceptualise le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme à l'agression, puis comme un processus multifactoriel. C'est pourquoi, les chercheurs ont commencé à utiliser des méthodes d'évaluation du stress perçu plutôt que du stress « objectif » (15).

En effet, un même événement peut être évalué différemment par plusieurs individus, et induire ou non des perturbations, et donc l'individu doit évaluer la situation et ses capacités à y faire face.

Le burn out comprend 3 composantes, le suicide étant le stade ultime :

- l'épuisement émotionnel,
- la dépersonnalisation,
- la perte de l'accomplissement personnel.

4.3.2. Stress et burn out chez les médecins généralistes

En 2003, selon une enquête réalisée par le Dr LEOPOLD pour le CNOM, le suicide représentait 14% des causes de décès des médecins libéraux en activité versus 5,6% en population générale et près d'un médecin sur trois était touché par la dépression (17).

Dans une étude de GALAM (18), 53% des médecins se sentaient menacés par le burn out ; surtout les généralistes (60,8%), les médecins exerçant en secteur 1 (62,3%), les moins de 65 ans et les célibataires. 12,3% des médecins envisageaient de changer de métier. Parmi eux 143 (6%) étaient prêts à mettre à exécution ce désir dans un futur plus ou moins proche. 38,3% envisagent de modifier profondément leur exercice.

Les causes de stress évoquées par les médecins eux-mêmes étaient l'excès de paperasserie, la non reconnaissance du médecin, l'augmentation des contraintes collectives, la difficulté à s'adapter aux nouvelles recommandations et la prise en charge difficile de certains patients. Parmi les causes d'ordre personnel citées par les médecins, arrivent en tête le manque de temps pour leur vie privée et la vie trop parasitée par le travail. Plusieurs catégories de facteurs de stress ont été identifiées : la charge de travail, le manque de contrôle sur l'activité, les conflits avec les patients.

Dans cette étude, l'âge moyen de fin d'études était de 27,8 ans et l'âge moyen d'installation 31,7 ans.

4.3.3. Stress et burn out chez les internes en Médecine Générale

Le niveau de stress chez les étudiants en médecine est plus élevé qu'en population générale (19).

La thèse de LE TOURNEUR et KOMLY (20), interrogeant plus de 4000 internes de Médecine Générale en 2011, retrouve un taux élevé d'internes en épuisement émotionnel (16%). 33,8% avaient un score de dépersonnalisation élevé, et 38,9% un score d'accomplissement personnel bas. 7% présentaient ces trois scores élevés.

6,5% pensaient souvent à une réorientation et 37% admettaient que si cela était à refaire, ils ne repasseraient pas la PACES.

Une étude qualitative de 2014, s'est intéressée à rechercher les déterminants du stress spécifiques aux internes en médecine. Les facteurs de stress principaux évoqués par plus de la moitié de la population étaient le manque d'encadrement et la relation avec les chefs, la confrontation aux situations graves ou urgentes, la peur des erreurs médicales et la responsabilité médicale, le manque d'expérience médicale (82%), la charge de travail, les conditions de travail, l'adaptation au nouveau stage et la fatigue ressentie (21).

Les conditions de travail et la fatigue ressentie s'expliquent aussi parce que leur temps de travail est supérieur au temps légal.

Les modalités du temps de travail des internes ont été modifiées par le décret n° 2015-225 du 26 février 2015, en application au 1er Mai 2015 (22).

Cette loi a été précisée par la circulaire inter ministérielle du 26 Mai 2016 (23).

Le temps de travail de l'interne est limité à 10 demi-journées par semaine, gardes comprises.

Celui-ci se divise en :

- 8 demi-journées de stage,
- 1 demi-journée de formation académique (DES, DESC...).

Ces 9 demi-journées ne doivent pas excéder 48h hebdomadaire. A celles-ci s'ajoute une demi-journée de formation libre (thèse, travail personnel...).

5. MATERIELS ET METHODES

5.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale, avec une partie descriptive et une partie analytique.

Pour l'analyse statistique et la validité interne de mon étude, j'ai reçu l'aide d'un médecin statisticien.

Les tests utilisés ont été pour les réponses qualitatives le test du Chi2 ou le test de Fischer pour les effectifs insuffisants. Pour les données quantitatives, le test t de Student ou le coefficient de corrélation de Pearson ont été utilisés. Le test ANOVA a été utilisé pour la comparaison de moyennes multiples, et la régression linéaire pour l'analyse multivariée. Dans tous les cas, le seuil de significativité était $p < 0.05$.

En me basant sur l'étude Exercer (4), le nombre de sujets nécessaire calculé était de 20 (10 dans le groupe SASPAS et 10 dans le groupe non SASPAS) pour montrer une différence du PSS entre les deux groupes de 2,83 pour les SASPAS et 4,74 pour les non-SASPAS.

5.2. DEROULEMENT DE L'ETUDE

5.2.1. Critères d'inclusion

La population étudiée était les jeunes médecins en dernière année d'internat (9^{ème}) de Médecine Générale en 2010-2011 et 2014-2015, dans les 37 facultés de France ; soit à 1 et 5 ans de la fin de leurs études.

En 2010-2011 il y avait 2954 étudiants en Troisième années du Troisième Cycle des Etudes de Médecine (TCM3) en France dont 1102 (37%) avaient eu accès à un SASPAS.

En 2014-2015, il y en avait 3331 dont 1614 (48%) avaient eu accès à un SASPAS.

Parmi ceux qui ont répondu :

- 84 avaient fini leur internat en 2010-2011 (2,8% des TCEM3) dont 44 SASPAS (4% des TCEM3 ayant eu accès au SASPAS),
128 avaient fini leur internat en 2014-2015 (3,8% DES TCEM3) dont 91 SASPAS (5.6% des TCEM3 ayant eu accès au SASPAS).

	TCEM3 en France	TCEM3 répondants	SASPAS en France	SASPAS répondants
2010-2011	2954	84 (2,8%)	1102	44 (4,0%)
2014-2015	3331	128 (3,8%)	1614	91 (5,6%)

Figure 4 : Nombre d'internes en TCEM3 en France en 2010-2011 et 2014-2015 et ceux ayant répondu à mon étude

5.2.2. Modalités de recrutement

J'ai contacté les secrétaires du TCEM des différentes facultés de médecine de France par téléphone entre avril et mai 2016 pour expliquer le but de ma thèse et récupérer leurs adresses mails : j'ai réussi à contacter et récupérer les mails de toutes les secrétaires.

J'ai ensuite sollicité toutes les secrétaires pour transmettre le mail aux anciens internes concernés (*annexes 1 et 2*).

J'ai écrit un premier mail le 06/06/2016 puis j'ai fait deux relances les 27/06/2016 et 27/09/2016 suivies d'un appel téléphonique aux secrétaires qui ne m'avaient pas répondu début octobre 2016.

J'ai à chaque fois eu beaucoup de difficultés à joindre les secrétaires et à obtenir des réponses et un accord.

Au total, j'ai eu 4 réponses positives de la part des facultés de Montpellier, Besançon, Grenoble, Nice ; 5 facultés n'avaient plus les coordonnées des anciens internes ; 10 facultés ont refusé de diffuser mon message (sachant que Paris regroupe 7 facultés) (*annexe 3*) ; 2 facultés n'avaient pas le temps de rechercher les adresses ; 11 facultés n'ont pas répondu malgré les différentes relances ; 5 secrétaires m'ont demandées de contacter directement le DERMG par mail (dont 2 avec envoi d'un diaporama pour passage en commission) : j'ai eu le refus d'un DERMG et je n'ai pas eu de réponse de la part des autres.

5.2.3. Recueil des données

Les réponses ont été recueillies entre le 6 juin 2016 et le 1er novembre 2016.

J'ai fait un premier envoi avant les vacances, puis deux relances à la rentrée après lesquelles j'ai clôturé l'étude.

5.3. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été rédigé sur Google Forms (*annexe 4*).

Ayant moi-même répondu à plusieurs questionnaires de thèse, j'avais trouvé cette interface simple et intuitive.

J'ai testé un autre outil que j'ai trouvé moins adapté (SurveyMonkey).

Google Forms permet de choisir parmi différents types de réponses : texte libre, choix multiples, cases à cocher, et de choisir si la réponse est obligatoire ou non.

Google Forms implémente de façon automatique toutes les réponses sous forme de tableau dans un document Google Sheet. Ce format est pratique pour classer et exploiter toutes les réponses.

Le questionnaire comprend trois parties : une partie concernant les caractéristiques socio-professionnelles, une partie concernant le SASPAS avec deux questions qualitatives à

réponses non obligatoires, puis le questionnaire Perceived Stress Scale (PSS) dans sa version à 10 items en français.

Le PSS est une échelle qui permet une évaluation secondaire du stress (*annexe 5*).

Elle ne porte pas sur des symptômes de stress mais consiste en l'estimation par le sujet de ses ressources et capacités à contrôler ou non la situation.

Elle comprend trois versions à 14, 10 et 4 items. La version à 10 items est la plus recommandée car elle présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes (24)(25)(26).

On calcule le score total que l'on peut séparer en deux sous-échelles : la « détresse perçue » (questions 1, 2, 3, 6, 9, 10) et la « capacité à faire face » (questions 4, 5, 7, 8).

Le temps pour répondre au questionnaire est estimé à 5 minutes.

La cotation s'effectue en 5 points grâce à l'échelle de Likert : « jamais », « presque jamais », « parfois », « assez souvent », « souvent ».

Les items 1, 2, 3, 6, 9 et 10 ont une cotation normale, allant de « jamais » (0) à « souvent » (4) ; les items 4, 5, 7 et 8 une cotation inversée allant de « souvent » (0) à « jamais » (4).

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

Le score de détresse perçue était calculé sur 24 et celui de capacité à faire face sur 16.

L'échelle PSS a été validée en 1988 à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes), représentatifs de la population américaine au niveau du sexe, de l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et du statut professionnel (24).

Elle a une bonne validité théorique, avec une corrélation significative avec des mesures de satisfaction de la vie et des corrélations positives avec d'autres échelles de stress objectif ou perçu. On observe des corrélations significatives avec l'état de santé perçu (- 0,23), le recours à des services de soins (0,21), le nombre de symptômes survenus le mois précédent (0,27 à 0,32) et l'utilisation d'antidépresseurs (0,27). Sa validité interne est satisfaisante. Sur

le plan de la validité externe, l'échelle PSS corrèle significativement et positivement avec divers indicateurs de maladie (27).

6. RESULTATS

Sur la période de récolte des données, j'ai obtenu 246 réponses.

44 réponses ont été exclues par cause de mauvaise année de fin d'internat (envoi massif des secrétaires ou redoublement, disponibilité).

La population finale totale était de 212 jeunes médecins :

- 84 avaient fini leur internat en 2010-2011 (2,5%) dont 44 SASPAS (4%),
- 128 avaient fini leur internat en 2014-2015 (3,8%) dont 91 SASPAS (5,6%) (Figure 4).

Pour l'analyse des résultats, sur la partie quantitative, j'ai fait une description de la population, puis une recherche des facteurs associés au PSS en univarié et en multivarié.

6.1. ANALYSE QUANTITATIVE

6.1.1. Description de la population

6.1.1.1. *Fin d'internat 2014-2015*

Dans le groupe ayant fini l'internat en 2015, sur les 128 personnes, 91 avaient fait un SASPAS et 37 n'en avaient pas fait.

Il y avait 100 femmes et 28 hommes ; 74 femmes avaient fait un SASPAS (74%) contre 17 hommes (61%).

L'âge des répondants était en moyenne de 28,9 ans pour ceux qui avaient fait un SASPAS contre 29 ans pour ceux qui n'en avaient pas fait.

103 personnes étaient en couple et 25 célibataires. 76 des personnes en couple avaient fait un SASPAS (74%) contre 15 célibataires (60%).

94 n'avaient pas d'enfants, 23 avaient 1 enfant, 9 avaient 2 enfants et 2 avaient 3 enfants ou plus. Avaient fait un SASPAS : 66 des sans enfants (70%), 17 avec 1 enfant (74%), 6 avec 2 enfants (67%) et 2 avec 3 enfants ou plus (100%).

		SASPAS		total	p
		OUI (91)	NON (37)		
	femme	74 (74%)	26 (26%)	100	
	homme	17 (61%)	11 (39%)	28	
AGE		28,9 +/- 1,5	29,0 +/- 2,1		0,60
	célibataire	15 (60%)	10 (40%)	25	
	en couple	76 (74%)	27 (26%)	103	
	0	66 (70%)	28 (30%)	94	
	1	17 (74%)	6 (26%)	23	
	2	6 (67%)	3 (33%)	9	
	3 ou plus	2 (100%)	0	2	

Figure 5 : Caractéristiques sociales des médecins ayant fini l'internat en 2015

36% des répondants avaient fait leur internat à la faculté de Grenoble, 23% à Besançon, 23% à Montpellier et 18% à Nice. 44 des 46 médecins ayant fait leur internat à Grenoble avaient fait un SASPAS (96%). A Besançon ils étaient 22 sur 30 (73%), 17 sur 29 à Montpellier (59%) et 8 sur 23 à Nice (35%).

113 pensaient ne pas avoir de Problèmes De Santé (PDS) qui altèrent leur qualité de vie et 15 pensaient en avoir. Avaient fait un SASPAS 79 des personnes se trouvant en bonne santé (70%) contre 12 des personnes déclarant avoir des problèmes de santé (80%).

Le salaire moyen était de moins de 2000 euros par mois pour 27 d'entre eux, entre 2000 et 4000 euros par mois pour 90 d'entre eux, entre 4000 et 6000 euros par mois pour 9 d'entre

eux et entre 6000 et 8000 euros par mois pour 2 d'entre eux. Avaient fait un SASPAS 21 des personnes touchant moins de 2000 euros par mois (78%), 65 des personnes touchant entre 2000 et 4000 euros par mois (72%), 4 des personnes touchant entre 4000 et 6000 euros par mois (44%) et 1 personne touchant entre 6000 et 8000 euros par mois (50%).

		SASPAS		total	p
		OUI (91)	NON (37)		
	Besançon	22 (73%)	8 (27%)	30 (23%)	
	Grenoble	44 (96%)	2 (4%)	46 (36%)	
	Montpellier	17 (59%)	12 (41%)	29 (23%)	
	Nice	8 (35%)	15 (65%)	23 (18%)	
	oui	12 (80%)	3 (20%)	15	
	non	79 (70%)	34 (30%)	113	
	hospitalier	7 (28%)	18 (72%)	25	
	installé en cabinet	14 (100%)	0	14	
	remplacement	70 (79%)	19 (21%)	89	
	salarié	8 (33%)	16 (67%)	24	<
	libéral	69 (82%)	15 (18%)	84	
	les 2	14 (70%)	6 (30%)	20	
	< 2000	21 (78%)	6 (22%)	27	
	2000-4000	65 (72%)	25 (28%)	90	
	4000-6000	4 (44%)	5 (56%)	9	
	6000-8000	1 (50%)	1 (50%)	2	
	> 8000	0	0	0	

Figure 6 : Caractéristiques socio-professionnelles des médecins ayant fini l'internat en 2015

A ce jour, 25 jeunes médecins travaillaient en milieu hospitalier, 14 étaient installés en cabinet et 89 effectuaient des remplacements. Avaient fait un SASPAS, 7 des médecins travaillant en milieu hospitalier (28%), 14 des médecins actuellement installés (100%), 70 des remplaçants (79%).

Les médecins ayant répondu dans la catégorie « autres » étaient 9. Ils avaient une activité mixte : nous les avons regroupés soit dans la catégorie « hospitalier » soit dans la catégorie « installé en cabinet ».

Au niveau du mode de rémunération : 84 des médecins étaient libéraux, 24 étaient salariés, 20 avaient une rémunération mixte. Avaient fait un SASPAS 69 des médecins libéraux (82%), 8 des médecins salariés (33%) et 14 des médecins ayant une rémunération mixte (70%).

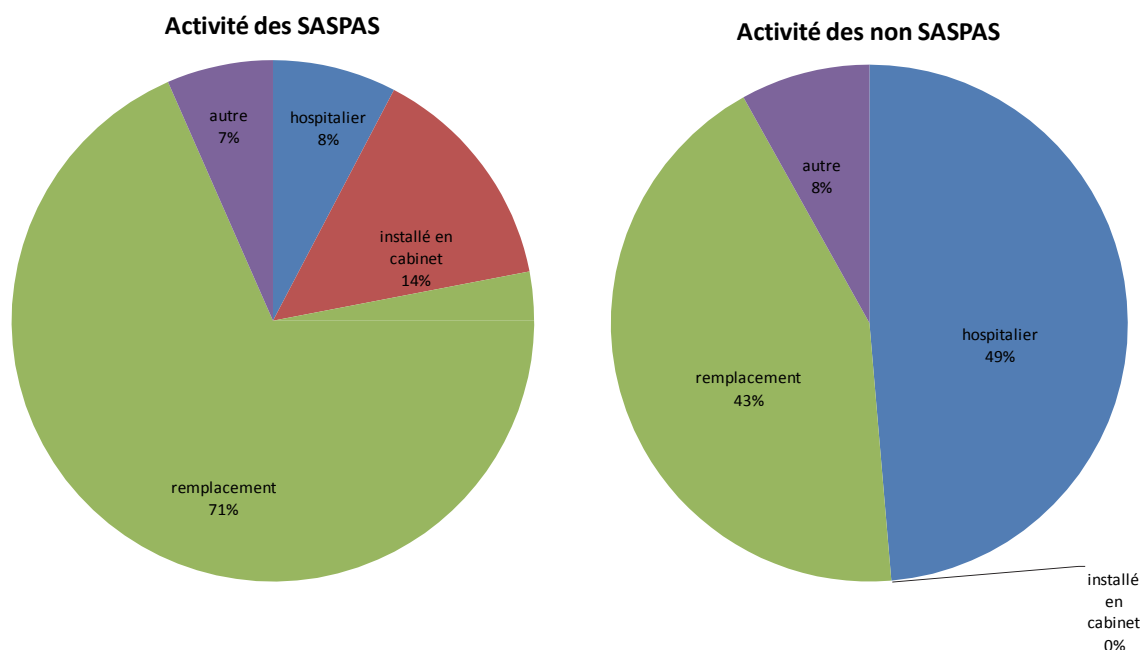


Figure 7 : Activité actuelle des médecins ayant fini leur internat en 2015

Pour ceux ayant réalisé le SASPAS, ils avaient travaillé en moyenne 4,01 jours par semaine.

Ils avaient eu 3 maîtres de stage pour 44%, 4 maîtres de stage pour 42%, 2 maîtres de stage pour 8% et 1 maître de stage pour les 6% restants.

6.1.1.2. Fin d'internat 2010-2011

Dans le groupe ayant fini leur internat en 2011, il y avait 84 personnes : 44 avaient fait un SASPAS et 40 n'en avaient pas fait.

Il y avait 60 femmes et 24 hommes ; 36 femmes avaient fait un SASPAS (60%) contre 8 hommes (33%).

L'âge des répondants était en moyenne de 32,4 ans pour ceux qui avaient fait un SASPAS contre 32.9 ans pour ceux qui n'en avaient pas fait.

75 personnes étaient en couple et 9 célibataires. 41 des personnes en couple avaient fait un SASPAS (55%) contre 3 des célibataires (33%).

31 n'avaient pas d'enfants, 24 avaient 1 enfant, 25 avaient 2 enfants et 2 avaient 3 enfants ou plus. Avaient fait un SASPAS : 15 des sans enfants (48%), 11 avec 1 enfant (46%), 15 avec 2 enfants (60%) et 1 avec 3 enfants ou plus (50%).

		SASPAS		total	p
		OUI (44)	NON (40)		
	femme	36 (60%)	24 (40%)	60	
	homme	8 (33%)	16 (67%)	24	
AGE		32,4 +/- 1,4	32,9 +/- 1,7		0,12
	célibataire	3 (33%)	6 (67%)	9	
	en couple	41 (55%)	34 (45%)	75	
	0	15 (48%)	16 (52%)	31	
	1	11 (46%)	13 (54%)	24	
	2	15 (60%)	10 (40%)	25	
	3 ou plus	3 (75%)	1 (25%)	4	

Figure 8 : Caractéristiques sociales des médecins ayant fini l'internat en 2011

Le salaire moyen était de moins de 2000 euros par mois pour 4 d'entre eux, entre 2000 et 4000 euros par mois pour 42 d'entre eux, entre 4000 et 6000 euros par mois pour 28 d'entre eux, entre 6000 et 8000 euros par mois pour 8 d'entre eux et de plus de 8000 euros par mois pour 2 d'entre eux. Avaient fait un SASPAS 3 des personnes touchant moins de 2000 euros par mois (75%), 22 des personnes touchant entre 2000 et 4000 euros par mois (52%), 14 des personnes touchant entre 4000 et 6000 euros par mois (50%), 5 personnes touchant entre 6000 et 8000 euros par mois (62%) et aucune des personnes touchant plus de 8000 euros par mois.

A ce jour, 30 jeunes médecins travaillaient en milieu hospitalier, 37 étaient installés en cabinet et 17 effectuaient des remplacements. Avaient fait un SASPAS 6 des médecins travaillant en milieu hospitalier (20%), 27 des médecins actuellement installés (73%) et 11 des remplaçants (65%).

Les médecins ayant répondu dans la catégorie « autres » étaient 4. Ils avaient une activité mixte : nous les avons regroupés soit dans la catégorie « hospitalier » soit dans la catégorie « installé en cabinet ».

		SASPAS		total	p
		OUI (44)	NON (40)		
	Besançon	8 (50%)	8 (50%)	16	
	Grenoble	23 (64%)	13 (36%)	36	
	Montpellier	9 (41%)	13 (59%)	22	
	Nice	4 (44%)	5 (56%)	9	
	Paris	1 (100%)	0	1	
	oui	10 (100%)	0	10	
	non	34 (46%)	40 (54%)	74	
	hospitalier	6 (20%)	24 (80%)	30	
	installé en cabinet	27 (73%)	10 (27%)	37	
	remplacement	11 (65%)	6 (35%)	17	
	salarié	6 (20%)	24 (80%)	30	
	libéral	38 (70%)	16 (30%)	54	
	< 2000	3 (75%)	1 (25%)	4	
	2000-4000	22 (52%)	20 (48%)	42	
	4000-6000	14 (50%)	14 (50%)	28	
	6000-8000	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8	
	> 8000	0	2 (100%)	2	

Figure 9 : Caractéristiques socio-professionnelles des médecins ayant fini l'internat en 2011

Au niveau du mode de rémunération : 54 des médecins étaient libéraux et 30 étaient salariés. 4 avaient une rémunération mixte : nous les avons regroupés dans « libéral ». Avait fait un SASPAS 38 des médecins libéraux (70%) et 6 des médecins salariés (20%).

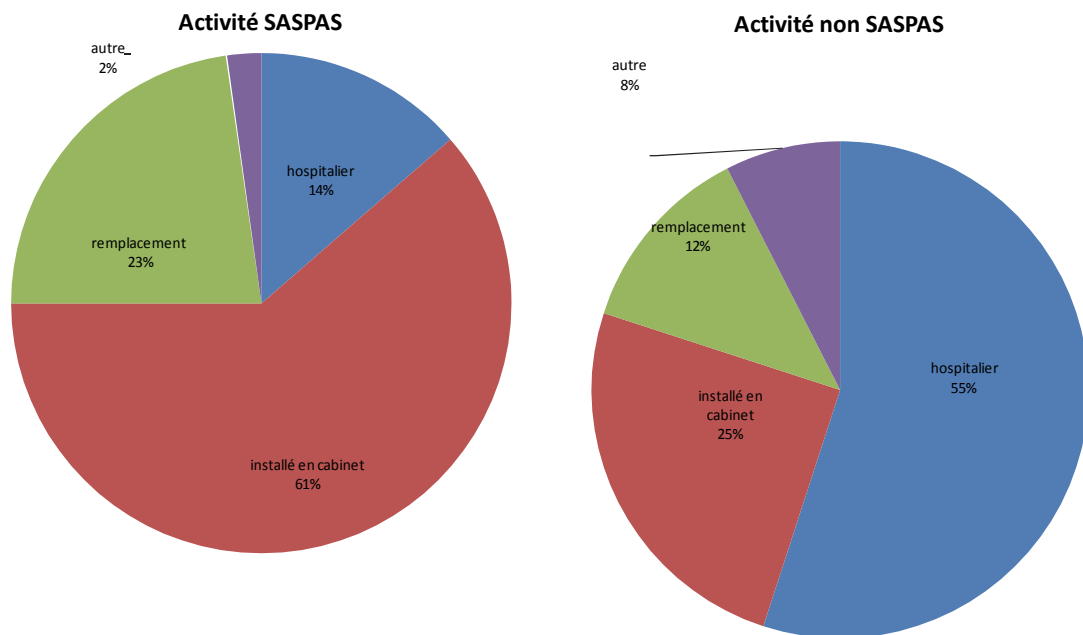


Figure 10 : Activité actuelle des médecins ayant fini leur internat en 2011

Pour ceux ayant réalisé le SASPAS, ils avaient travaillé en moyenne 4 jours par semaine.

Ils avaient eu 3 maîtres de stage pour 43%, 4 maîtres de stage pour 34%, 2 maîtres de stage pour environ 11% et 1 maître de stage pour les 11% restants.

74 pensaient ne pas avoir de problèmes de santé qui altèrent leur qualité de vie et 10 pensaient en avoir. Avaient fait un SASPAS 34 des personnes se trouvant en bonne santé (46%) contre 10 des personnes déclarant avoir des problèmes de santé (100%).

Les statistiques ont donc été reprises en retirant les personnes avec problèmes de santé (*annexe 6*). Les chiffres restaient globalement les mêmes et rien ne changeait au niveau des variables significatives.

6.1.1.3. PSS total

Le score PSS total pour la promotion 2014-2015 était de 4,1 +/- 1,7 pour les médecins ayant effectué un SASPAS contre 4,2 +/- 1,6 pour ceux n'ayant pas effectué de SASPAS. Ce résultat n'était pas significatif.

Le score PSS total pour la promotion 2010-2011 était de 4,1 +/- 1,6 pour les médecins ayant effectué un SASPAS contre 3,8 +/- 1,9 pour ceux n'ayant pas effectué de SASPAS. Ce résultat n'était pas significatif.

En refaisant les analyses sans les 10 sujets pensant avoir des PDS, le résultat restait non significatif avec un PSS à 3,9 +/- 1,6 pour ceux ayant fait un SASPAS contre 3,8 +/- 1,9 pour ceux n'en ayant pas fait.

	PSS (moyenne +/- écart type)		
	2010-2011	2010-2011 sans PDS	2014-2015
SASPAS	4,1 +/- 1,6	3,9 +/- 1,6	4,1 +/- 1,7
PAS SASPAS	3,8 +/- 1,9	3,8 +/- 1,9	4,2 +/- 1,6
<i>p</i>	0,10	0,23	0,75

Figure 11 : Score PSS total

Pour les médecins ayant fini leur internat en 2010-2011, le score de détresse perçu était de 12,1 +/- 4,5 pour ceux ayant fait un SASPAS contre 11,4 +/- 5,1 chez ceux n'en ayant pas fait. Pour les médecins ayant terminé leur internat en 2014-2015, il était de 11,6 +/- 4,7 pour ceux ayant fait un SASPAS et 11,4 +/- 4,6 pour les autres.

Pour les médecins ayant fini leur internat en 2010-2011, les scores de capacité à faire face étaient de 4,4 +/- 2,4 chez ceux ayant fait un SASPAS et de 4 +/- 2,8 chez ceux n'en ayant pas fait. Pour les médecins en dernière année d'internat en 2014-2015, il était de 4,7 +/- 2,6 chez ceux qui avaient fait un SASPAS et 5,4 +/- 2,5 pour les autres.

	détresse perçue/24		capacité à faire face/16	
	2010-2011	2014-2015	2010-2011	2014-2015
SASPAS	12,1 +/- 4,5	11,6 +/- 4,7	4,4 +/- 2,4	4,7 +/- 2,6
PAS SASPAS	11,4 +/- 5,1	11,4 +/- 4,6	4,0 +/- 2,8	5,4 +/- 2,5
P	0,16	0,76	0,38	0,96

Figure 12 : Scores de détresse perçue et capacité à faire face des médecins ayant fini leur internat en 2011 et 2015

6.1.1.4. Médecins n'ayant pas fait le SASPAS

A la question « pourquoi n'avez-vous pas fait de SASPAS ? » sur les 2 populations de 2010-2011 et 2014-2015 : 44 ont répondu ne pas avoir été intéressés (52%), 20 ne pas avoir eu de places disponibles (23,5%), 7 par la lourdeur des démarches (8%) et 14 pour d'autres raisons (16,5%).

Les autres raisons étaient :

- non informé de l'existence de ce stage (1),
- choix de carrière hospitalière (1),
- projets personnels (soins palliatifs, Protection Maternelle et Infantile, gériatrie) (5),
- Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) (médecine légale, urgences), pas intégrable dans la maquette (4),
- stage à l'étranger (1),
- problème d'organisation (1),
- grossesse (1).

2010-2011 : A la question « pourquoi n'avez-vous pas fait de SASPAS ? », 27 ont répondu ne pas avoir été intéressés (64%), 8 ne plus avoir eu de places disponibles (19%), 2 par la lourdeur des démarches (5%) et 5 pour d'autres raisons (12%).

2014-2015 : A la question « pourquoi n'avez-vous pas fait de SASPAS ? », 17 ont répondu ne pas avoir été intéressés (39,5%), 12 ne plus avoir eu de places disponibles (28%), 5 par la lourdeur des démarches (11,5%) et 9 pour d'autres raisons (21%).

	2010-2011	2014-2015	Les 2
lourdeur des démarches	2 (5%)	5 (12%)	7 (8%)
pas intéressé	27 (64%)	17 (39%)	44 (52%)
places non disponibles	8 (19%)	12 (28%)	20 (23,5%)
autres	5 (12%)	3 (21%)	14 (16,5%)

Figure 13 : Raisons de la non réalisation du SASPAS

6.1.2. Analyse des facteurs associés au PSS

6.1.2.1. Analyse univariée

J'ai étudié chacune des données du questionnaire en analyse univariée en fonction du PSS et de ses deux sous-classes : capacité à faire face et détresse perçue.

Pour la promotion ayant terminé son internat en 2014-2015 on retrouvait plusieurs données significatives :

- l'âge était significativement corrélé au score de capacité à faire face, avec un coefficient de corrélation à 0,20 ($p = 0,02$). Le score moyen de capacité à faire face était de 4,9 +/- 2,6,

- le **sexe** était significativement corrélé au score de capacité à faire face. Le score moyen de capacité à faire face était de 3,6 +/- 1,5 chez les hommes contre 4,3 +/- 1,7 chez les femmes ($p = 0,04$),
- l'**état de santé** était significativement corrélé au PSS total et au score de détresse perçue. Le score PSS total moyen était de 5,2 +/- 1,5 chez les médecins pensant avoir des problèmes de santé contre 4 +/- 1,7 chez ceux pensant ne pas en avoir ($p < 0,01$). Le score de détresse perçue était de 14,9 +/- 3,7 chez les médecins pensant avoir des problèmes de santé contre 11,1 +/- 4,6 chez ceux pensant ne pas en avoir ($p < 0,01$),
- le **nombre de maîtres de stage** était significativement corrélé au score de détresse perçue avec un coefficient de corrélation à 0,21 ($p = 0,047$). Le score moyen de détresse perçue était de 11,6 +/- 4,7.

Pour la promotion ayant terminé son internat en 2010-2011 on retrouvait également plusieurs données significatives :

- pour la promotion totale, la **situation familiale** était significativement corrélée au score de capacité à faire face ; le score moyen étant de 6 +/-2 pour les médecins célibataires contre 4 +/- 2,6 pour les médecins en couple ($p = 0,025$),
- pour la promotion sans les 10 médecins ayant des problèmes de santé, la **situation familiale** était aussi significativement corrélée au score de capacité à faire face. Le score moyen de capacité à faire face était de 6 +/-2 pour les médecins célibataires contre 3,8 +/- 2,6 pour les médecins en couple ($p = 0,01$),
- pour la promotion sans les 10 médecins ayant des problèmes de santé, le **nombre de maîtres de stage** était inversement corrélé au PSS total (coefficient de corrélation à - 0,3 ; $p = 0,045$) et au score de détresse perçue (coefficient de corrélation à - 0,4 ; $p = 0,02$). Le score PSS total moyen était de 3,9 +/- 1,7 et le score moyen de détresse perçue était de 11,5 +/- 4,9.

6.1.2.2. Analyse multivariée

L'âge, le sexe, la situation familiale et les problèmes de santé influençant le score du PSS, j'ai procédé à une analyse multivariée. En régression linéaire, en retirant ces variables, ceci a permis de montrer que le SASPAS n'influçait pas le score du PSS.

6.2. ANALYSE QUALITATIVE

En ce qui concerne la question à réponse libre : « pourquoi le SASPAS a-t-il, ou non, eu une influence positive sur votre qualité de vie professionnelle ? », il y a eu 112 répondants (83%).

Les réponses qui revenaient le plus souvent étaient :

- « **autonomie** » (**32%**),
- confrontation à la **médecine générale**, notre futur métier (**27%**): « stage qui reflète le plus ma pratique actuelle », « mise en situation concrète », « car peu de médecine générale dans notre cursus », « concrétisation », « lancer dans la vie professionnelle »,
- **variétés des pratiques** (**18%**): « comparer plusieurs pratiques/modes d'exercice », « trouver celui qui me convient le mieux », « variété de ce qu'on veut et ne veut pas faire »,
- « prise d'**assurance** », « confiance en soi », « rassurant » (« car toujours encadré », « car debriefing le soir ») (**16%**),
- « approfondissement des connaissances », « compétence », « expérience », « enrichissant », « **formateur** » (**13%**),

- **accompagnement par le maître de stage** « encore chapoté », « possibilité de discuter avec le médecin », « disponible et pédagogue », « formatif », « partage d'expérience », « partage d'information » **(13%)**,
- « préparation aux **remplacements** », « moins de stress », « moins d'angoisse » **(9%)**,
- projet professionnel futur (7%),
- responsabilités (6%),
- gestion du cabinet (administratif, gestion du temps...) (6%),
- moins d'heures de travail (6%),
- relation médecin/patients (5%),
- transition (4%),
- réseau (4%),
- remplacement déguisé (4%).

En ce qui concerne la question à réponse libre : « pourquoi le SASPAS a-t-il, ou non, eu une influence positive sur votre qualité de vie personnelle ? », il y a eu **95 répondants** (70%).

Les réponses qui revenaient le plus souvent étaient :

- temps libre pour activités personnelles (27%),
- apprendre à gérer et mettre des limites entre sa vie personnelle et professionnelle (17%),
- stage très prenant, horaires lourds, charge de travail importante, trajets, sentiment d'exploitation (16%),
- réassurance, sentiment d'être prêt, meilleure estime de soi (14%),
- relation avec maître de stage, amitié (9%).

7. DISCUSSION

7.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Pour les médecins ayant terminé leur internat en 2014-2015, on trouvait une différence significative entre les deux groupes sur la variable rémunération (découlant en partie de l'activité) : 91% des médecins ayant fait un SASPAS avaient une activité libérale exclusive ou partielle contre 57% des médecins n'ayant pas fait de SASPAS (soit 1,6 fois plus).

Au niveau du type d'activité : **1,8** fois plus de médecins ayant fait un SASPAS étaient installés ou en remplacement un an après la fin de leurs études (92% contre 51%) en comparaison à ceux n'ayant pas fait de SASPAS. A noter que tous les médecins n'ayant pas fait de SASPAS n'étaient pas installés ! Ce résultat n'était pas significatif.

Au niveau de la faculté d'internat : la répartition entre les SASPAS et non SASPAS était homogène dans 3 villes interrogées hormis à Grenoble où seulement 4% des jeunes médecins n'avaient pas fait de SASPAS. Dans les données communiquées par le Dr TAHA du CNOM, en 2014-2015 le pourcentage de SASPAS réalisé dans chaque faculté variait de 23,3% à 93,3% avec une moyenne de 48,7%. Dans les facultés interrogées les pourcentages étaient les suivants :

	% SASPAS en 2014-2015	% SASPAS en 2014-2015 répondants
Besançon	73	73
Grenoble	Erreur	96
Montpellier	56	59
Nice	28	35

Figure 14 : Part de SASPAS par ville en 2014-2015 et ceux ayant répondu à mon étude

Le pourcentage de SASPAS répondants à mon étude était bien proportionnel au pourcentage de postes SASPAS dans chaque faculté.

En 2014-2015, les groupes étaient homogènes pour le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants, l'état de santé et le salaire mensuel.

Pour les médecins ayant terminé leur internat en 2010-2011, on trouvait une différence significative entre les deux groupes du point de vue :

- Type d'activité : **2 fois plus** de médecins ayant fait un SASPAS étaient installés ou en remplacement cinq ans après la fin de leurs études en comparaison à ceux n'ayant pas fait de SASPAS (86% contre 40%).
- Rémunération : **2 fois plus** de médecins ayant fait un SASPAS avait une activité (exclusive ou en partie) libérale par rapport aux médecins n'ayant pas fait de SASPAS (86% contre 40%).
- Sexe : il y avait plus de femmes dans le groupe SASPAS : 60% contre 33% des hommes. Sachant que, dans la littérature, les femmes présentent un niveau de stress plus important (25)(28), cela peut être considéré comme un biais. Mais l'analyse multivariée a permis de retirer ce biais.

Au niveau de l'état de santé : tous les médecins pensant avoir des problèmes de santé se trouvaient dans le groupe SASPAS. Mais l'analyse faite en retirant ces 10 sujets ne changeait rien aux résultats (ANNEXE 6).

En 2010-2011, les groupes étaient homogènes pour l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants, la faculté d'internat et le salaire mensuel.

Du point de vue de l'évolution de l'activité : on remarque que les médecins ayant fait un SASPAS pendant leur cursus sont beaucoup à remplacer en début d'activité (77%) avec quand même 14% d'installation à 1 an. A 5 ans, le nombre de remplacements est divisé par 3 et le taux d'installation atteint 73%.

Chez les médecins n'ayant pas fait de SASPAS, aucun n'est installé à 1 an ! Ils sont 27% à être installé à 5 ans. Dans les 2 cas, la proportion de postes hospitaliers reste stable (Figure 7 et Figure 10). Le SASPAS favorise donc l'installation et l'installation rapide.

L'Atlas de la démographie médicale en France du CNOM recense parmi les 3864 nouveaux postes en 2015-2016 : 23% des nouveaux inscrits en libéral, 35% de salariés, 40% de remplacements et 2% de mixte. A 8 ans (nouveaux inscrits en 2006-2007) on retrouve 49% des médecins en libéral, 40% de salariés, 7% de remplacements et 4% sans activité (29)0.

Dans notre étude, les pourcentages sont sensiblement similaires à 5 ans en comparant avec ceux du CNOM à 8 ans. A 1 an de l'installation, notre étude retrouve une proportion plus élevée de remplaçants avec moins d'hospitaliers et moins d'installés en libéral. Peut-être parce que les remplaçants ont plus de temps pour répondre aux questionnaires de thèse.

	2014-2015 SASPAS et non SASPAS (%)	CNOM 2015-2016 (%)
hospitalier	21	35
installé	11	33
remplacement	68	40

***Figure 15 :** Type d'activité des médecins à 1 an de la fin de leur internat dans mon étude et recensés par le CNOM*

	2010-2011 SASPAS et non SASPAS (%)	CNOM 2006-2007 (%)
Hospitalier	35	40
Installé	46	49
remplacement	19	5

***Figure 16 :** Type d'activité des médecins à 5 ans de la fin de leur internat dans mon étude et recensés par le CNOM 8 ans après la fin de leurs études*

Au final, sur l'ensemble des 2 promotions, on peut conclure, en accord avec la littérature (6)(4), que le SASPAS favorise l'installation (rapide) des médecins et l'activité libérale.

Si l'on compare à 1 et 5 ans de la fin de l'internat, l'évolution du score PSS, celui-ci est stable chez les médecins ayant fait un SASPAS, mais diminue chez ceux n'en ayant pas fait. Pour la détresse perçue les résultats sont assez stables. Pour la capacité à faire face, les chiffres diminuent nettement à 5 ans (Figure 11 et Figure 12).

Comme le SASPAS est un stage choisi, donc en cohérence avec le projet professionnel de l'interne ; il pourrait être un facteur de moindre stress et l'on serait en droit de penser que le score PSS soit plus bas chez les médecins ayant fait un SASPAS. Ce résultat est donc "paradoxal". Pour l'expliquer, on peut se dire que les médecins ayant fait un SASPAS se sont "habitués" au stress pendant leur stage, qu'ils savent "ce qui les attend" et que ce niveau de stress perçu reste donc stable. Tandis que les médecins n'ayant pas réalisé ce stage montrent une volonté d'adaptation au stress et que celui-ci diminue pendant leurs premières années d'exercice. En effet certaines études se sont attachées à montrer que le stress perçu par les internes diminuait entre le début et la fin du SASPAS (4)(5).

La littérature a montré que le score de stress perçu diminue lorsque l'âge augmente (25)(28), si l'on est en bonne santé (30)(31)(31), si l'on est un homme (25)(28) et lorsque le revenu augmente (28). Il diminue également quand le niveau d'éducation s'élève (28), quand la situation professionnelle et familiale est stable et si l'on a moins ou pas d'enfants (25).

Les résultats de notre étude sont superposables à ceux de la littérature car elle retrouve un niveau de stress significativement plus élevé chez les femmes et chez les sujets avec problèmes de santé pour la promotion 2014-2015 et quand la situation familiale n'est pas stable pour la promotion 2010-2011. Dans notre étude, le niveau de stress perçu est plus élevé chez les médecins plus âgés, cependant il n'y a que 5 années qui séparent les 2 promotions.

7.2. BIAIS DE L'ETUDE

Cette étude comporte plusieurs biais.

Il existe un biais de sélection car la réponse des facultés et des médecins s'est faite sur la base du volontariat.

On note un biais de confusion : comme dit précédemment, les femmes ont été plus nombreuses à répondre, tout comme les médecins ayant fait un SASPAS (64%).

Elle manque de puissance.

Seules quatre facultés sur les trente-sept ont répondu. On peut se demander si d'autres paramètres, comme la zone géographique, ne pourraient pas entrer en compte en étudiant plus de facultés.

Par ailleurs, le nombre de répondants était trop faible pour avoir un résultat significatif dans plusieurs analyses. Nous avons donc dû faire des regroupements. Par exemple, pour le type d'activité nous avons regroupé les sujets ayant une activité mixte dans une seule des catégories « hospitalier » ou « libéral » pour que l'analyse puisse être faite. Malheureusement, pour la promotion ayant fini son internat en 2014-2015, il n'y avait aucun médecin installé dans ceux n'ayant pas fait de SASPAS. Nous n'avons donc pas pu établir de seuil de significativité. Le problème a été le même pour les items « faculté d'internat » et « état de santé » pour les 2 promotions et pour l'item « situation familiale » pour la promotion ayant terminé son internat en 2010-2011. Au niveau du salaire et du nombre d'enfants, même en regroupant plusieurs catégories, le résultat restait non significatif.

Le nombre de sujets nécessaires au calcul du PSS a cependant été recueilli.

Il faudrait faire une telle étude en ayant une plus grande population pour avoir plus de poids.

A posteriori lors des analyses statistiques et/ou grâce aux remarques des médecins ayant répondu à mon questionnaire, quelques points auraient pu être améliorés.

- Dans mon questionnaire je demandais le nombre de jours travaillés pendant le semestre en SASPAS et il aurait été plus précis de demander le nombre de demi-journées travaillées (en effet plusieurs internes avaient des maîtres de stage chez qui ils travaillaient 2 demi-journées par semaine mais on répondus 2 journées à mon questionnaire),
- à la question « pourquoi n'avez-vous pas fait de SASPAS ? », pour la réponse « pas intéressé » j'aurais pu faire préciser la raison car certains médecins ont coché cette case et ont rajouté que c'était en raison de la réalisation d'un DESC,
- à la question « quel est votre salaire mensuel ? » : les répondants m'ont fait remarqué qu'en tant que libéral, celui-ci était très variable comparé au salaire d'un hospitalier.

De plus, le stress pouvant être corrélé à la quantité de travail dans d'autres professions paramédicales (32), je n'ai pas fait préciser le nombre de journées ou demi-journées travaillées par semaine à ce jour par les médecins répondants.

D'autre part, plusieurs facteurs peuvent influencer le stress, en particulier la personnalité de l'individu. Selon LAZARUS, « le stress est une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ». Deux facteurs contribuent donc à la réponse au stress :

- la tendance menaçante du stress pour l'individu,
- l'évaluation des ressources nécessaire pour gérer ce stress.

Malgré les qualités de l'échelle PSS, LAZARUS et COHEN avancent qu'il est difficile de distinguer ce concept de la détresse psychologique (30) (33). En effet, l'échelle PSS n'évalue pas la détresse psychologique mais la façon dont le sujet perçoit les événements extérieurs.

Une personne peut percevoir des événements comme stressants sans pour autant manifester des symptômes de détresse psychologique. COHEN a montré que les scores de

détresse psychologique chez les sujets qui présentent un soutien social élevé ne sont pas influencés par les scores de stress perçu (34). En d'autres termes, on peut très bien avoir un score de stress perçu élevé et un score de détresse faible si l'on bénéficie d'un soutien social important.

Donc, avec l'utilisation de l'échelle PSS pour mon étude, il se peut que certains des scores aient été élevés à cause du ressenti de certains médecins. Certains m'ont d'ailleurs fait des commentaires en ce sens ; par exemple, « ...je suis sous antidépresseur et suivi psychiatrique...ma psychiatre m'a juste dit que j'étais à bout et que je n'avais pas de trouble psychiatrique sous-jacent...ça va donc mieux, mais le dernier questionnaire ne reflète pas mon état il y a un an! »

7.3. PERSPECTIVES

Cette étude ne retrouve pas un niveau de stress perçu au travail moins élevé chez les médecins ayant fait un SASPAS que chez les autres.

Cependant, elle trouve une différence significative au niveau du type d'activité ; les médecins ayant fait un SASPAS s'installant 2 fois plus que les autres !

Un interne de Médecine Générale, s'il ne fait pas le SASPAS, ne passe que 6% de ses études et 17% de son internat à se former sur le terrain de sa future pratique.

La Médecine Générale est la seule spécialité à n'avoir au cours de la formation qu'un seul semestre obligatoire dans sa spécialité y compris depuis la réforme de l'internat (35).

Ce défaut de formation professionnelle sur le terrain participe à l'absence de projet professionnel de beaucoup d'étudiants identifiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). D'ailleurs, un niveau si bas d'accès à la formation pratique pour les internes de Médecine Générale n'est retrouvé dans aucun autre pays européen (8).

L'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a réalisé une enquête en 2013 sur la formation des internes en Médecine Générale. Les résultats révèlent que les internes souhaiteraient réaliser près de trois fois plus de stages ambulatoires (36).

En ce qui concerne le temps de formation accordé à la création et la gestion d'un cabinet médical, la fiscalité et l'apprentissage que les internes reçoivent sur les différentes institutions, sur les 9 ans d'études de médecine : 39,7% des internes n'ont pas reçu de formation à la création d'un cabinet et 34,1% n'ont eu aucun cours de gestion. Quand les internes sont confrontés à la prise en charge sociale des patients durant leur formation, ils sont 25% à se déclarer à l'aise.

Idéalement, il faudrait intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut libéral, ses spécificités, avantages et difficultés de ce mode d'exercice.

On pourrait également penser à une aide à la gestion du stress. À Nice, les Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles (GEASP) servent en partie à l'appréhender.

L'étude de l'ISNAR-IMG montre que 13% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire ont un projet d'installation. Ce taux augmente significativement après la validation du stage de premier niveau (de 13% à 22%) et après la validation du stage de deuxième niveau (de 22% à 28,6%).

Il faudrait que tous les externes puissent avoir accès au stage chez le praticien au cours du DCEM pour avoir eu une expérience avec la médecine de ville et pouvoir conceptualiser cet exercice avant de passer l'internat.

Selon le CNGE, au cours de l'année universitaire 2012-2013, 3281 MSU de SASPAS étaient en fonction en France. En extrapolant, il aurait fallu plus du double de MSU pour accueillir les 3334 étudiants par an. Tous les DERMG se situent au-dessus du ratio habituel étudiants/enseignants équivalent temps plein (ratio attendu entre 10 et 20). 18 DERMG atteignent un ratio au-delà de 100. De 2010 à 2013, le nombre d'étudiants n'a cessé

d'augmenter sans augmentation équivalente du nombre d'enseignants et de stages proposés (8).

Cependant, il serait souhaitable que tous les étudiants puissent avoir accès au SASPAS pendant l'internat. Pour ce faire, le nombre de maîtres de stage devrait augmenter ; il est donc important de comprendre pourquoi ceux-ci ne sont pas plus nombreux aux vues des bénéfices retirés par leurs confrères (13).

8. CONCLUSION

Cette étude ne montre pas de différence entre le taux de stress perçu par les médecins généralistes ayant fait un SASPAS pendant leur cursus et ceux n'en ayant pas fait, aussi bien à 1 an qu'à 5 ans de la fin de leur internat, pour les 4 facultés qui ont répondu à l'étude.

Cependant, elle a permis de confirmer que les internes ayant réalisé un SASPAS pendant leur cursus s'installent 2 fois plus que les autres, et plus précocement.

Elle confirme également un niveau de stress plus élevé chez les femmes, les personnes ayant des problèmes de santé et les personnes célibataires.

En ce qui concerne le ressenti des médecins ayant réalisé un SASPAS, ils sont la quasi-totalité à y avoir trouvé un bénéfice pour leur qualité de vie professionnelle et personnelle.

Finalement, le SASPAS apparaît comme un stage profitable pour la préparation du médecin généraliste. Sans diminuer le score de stress perçu, il autonomise et rassure l'interne et le confronte à son futur exercice.

9. BIBLIOGRAPHIE

(1) COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Stage en médecine générale [en ligne]

https://www.cnge.fr/la_pedagogie/stage_en_medecine_generale/

(2) PELTIER M, VP démographie médicale ANEMF

Etat des lieux du stage de deuxième cycle en médecine générale [en ligne]

http://www.aem2.org/forum/index.php?app=core&module=attach§ion=attach&attach_id=604

(3) Arrêté du 18 juin 2009 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009, p. 134 [en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf

(4) HURTAUD A, ROUILLON F, LORIOT M, FRITSCH J

Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. Exercer 2015 ; 120 : 182-90

(5) TRIBERT François

Évaluation du stress et de l'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles perçus par les internes en SASPAS. Thèse d'exercice : Médecine : Angers ; 2016 [en ligne]

<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20116961/2016MCEM6070/fichier/6070F.pdf>

(6) FRECHE B, LE GRAND-PENGUILLY J, LE RESTE J, NABBE P, BARAIS M, LE FLOCH B

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

(7) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2015 [en ligne]

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

(8) LEROUGE J, TAHA A, RENARD V, COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013 [en ligne]

https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf

(9) MEDSHAKE

Epreuves Classantes Nationales : données statistiques et outils [en ligne]

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/>

(10) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2014 [en ligne]

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

(11) Collège national des généralistes enseignants

La charte des maîtres de stage universitaires [en ligne]

https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

(12) Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé [en ligne]

http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_DGS-DES-2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf

(13) HASPOT Bernadette

Le SASPAS dix ans après sa création : le point de vue des maîtres de stage universitaires.

Thèse d'exercice : Médecine : Angers ; 2013 [en ligne]

<http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/These%20B%20HASPOT.pdf>

(14) TACHE J

Le stress biologique : implications pour le cancéreux. *Psychologie et Cancers*, 137-140 ;
1978

(15) SELYE H

Le stress de la vie. Paris : Gallimard, 1956

(16) SARAFINO E P

Health psychology : biopsychosocial interactions. New York : John Wiley & Sons, 1990

(17) LEOPOLD Y

Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des
Médecins ; octobre 2003

(18) GALAM E

L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et
perspectives. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France 2007 [en ligne]

https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf

(19) BARDOU Julie, PAULTRE Ulysse

Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine. Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux ; 2015 [en ligne]

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01261502/document>

(20) LE TOURNEUR Antoine, KOMLY Valériane

Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2011 [en ligne]

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>

(21) LESTIENNE CREMIERE Marion

Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative. Thèse d'exercice : Médecine : Paris Descartes ; 2014 [en ligne]

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100440/document>

(22) Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes

JORF n°0050 2015 ; 28 février : 3849

(23) Circulaire interministérielle N° DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application.

(24) LEE EH

Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2012 ; 6 (4) : 121-27

(25) LESAGE FX, BERIOT S, DESCHAMPS S

Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. Int J Occup Med Environ Health 2012 ; 25 (2) : 178-84

(26) BELLINGHAUSEN L, COLLANGE J, BOTELLA M, EMERY J.L, ALBERT E

Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. Santé publique 2009, volume 21, n° 4, pp. 1-000 [en ligne]

[http://www.uside.fr/sites/default/files/2016-10/Validation%20 echelle de stress _percu Sante Public Uside.pdf](http://www.uside.fr/sites/default/files/2016-10/Validation%20echelle%20percu%20Sante%20Public%20Uside.pdf)

(27) LANGEVIN V, BOINI S, FRANCOIS M, RIOU A

Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Perceived Stress Scale (PSS). Echelle de stress perçu. Références en santé au travail 2015 ; 143 : 101-4 [en ligne]

<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%204>

(28) COHEN S, JANICKI-DEVERTS D

Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006 and 2009. Journal of Applied Social Psychology 2009; 42: 1320-1334

(29) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2016 [en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf

(30) COHEN S, WILLIAMSON GM

Perceived stress in a probability samples of the Unites States. London : Sage Publications ; 1988 : 31-67

(31) KOPP MS, THEGE BK, BALOG P, STAUDER A, SZALAVECZ G, ROZSA S, et al. Measures

of stress in epidemiological research. J Psychosom Res. 2010 ; 69 (2) : 211-25

(32) CAZABAT S, BARTHE B, CASCINO N

Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? PISTES N°
10-1 ; 2008 [en ligne]

<https://pistes.revues.org/2159>

(33) LAZARUS R.S, DE LONGIS A, FOLKMAN S, GRUEN R

Stress and adaptation outcomes : the problem of confounded measures. *American Psychologist* 1985 ; 40 : 770-779

(34) COHEN S, SHERROD D.R, CLARK M.S (1986)

Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986 ; 50, 963-973

(35) Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

J Off Répub Fr 2017 ; 28 avril : texte n°29

(36) ISNAR-IMG

Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale [en ligne]

<https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

10. ANNEXES

ANNEXE 1 : MAIL A DESTINATION DES JEUNES MEDECINS

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale à Nice en dernière année d'internat.

Je fais actuellement ma thèse sur la qualité de vie au travail des jeunes médecins.

Il s'agit d'une enquête par questionnaire informatique portant sur les promotions 2010-2011 et 2014-2015 d'internes en dernière année de Médecine Générale dans toutes les facultés de médecine de France.

J'aurais besoin de votre aide précieuse.

Voici le lien : https://docs.google.com/forms/d/12-e3Jyq061fTZY_bZVmXNHquLkSRCPcabVL-ulcqt-Q/viewform

Le questionnaire prend moins de 5 minutes à remplir.

Merci d'avance.

FONDA Julie

ANNEXE 2 : MAIL ENVOYE AUX SECRETAIRES

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale à Nice en dernière année d'internat.

Je fais actuellement ma thèse sur la qualité de vie au travail des jeunes médecins. Mon projet de thèse a été approuvé par la cellule thèse du DERMG de Nice (Pr HOFLIGER). Mon directeur de thèse est le Dr BARISIC.

Il s'agit d'une enquête par questionnaire informatique portant sur les internes en dernière année de Médecine Générale en 2010-2011 et 2014-2015 dans toutes les facultés de médecine de France, dont la vôtre.

J'aurais donc besoin de contacter les anciens internes en Médecine Générale de votre faculté (ceux ayant terminé leur internat en 2010-2011 et 2014-2015) pour répondre à mon questionnaire.

Après accord de votre DERMG, pourriez-vous me communiquer leurs adresses mail ou leur transmettre ce lien :

https://docs.google.com/forms/d/12-e3Jyq061fTZY_bZVmXNHquLkSRCPcabVL-ulcgt-Q/viewform

Le questionnaire prend moins de 5 minutes à remplir.

J'aurais également besoin d'une information :

- *combien d'internes y avait-il dans votre faculté en dernière année de Médecine Générale dans la promotion 2014 - 2015 et combien d'entre eux ont fait un SASPAS?*
- *combien d'internes y avait-il dans votre faculté en dernière année de Médecine Générale dans la promotion 2010-2011 et combien d'entre eux ont fait un SASPAS?*

Cordialement.

FONDA Julie

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE SUR GOOGLE FORMS

- ***Etes-vous?***
 - *Femme*
 - *homme*

- ***Quel âge avez-vous?***

- ***Quelle est votre situation familiale?***
 - *en couple*
 - *célibataire*

- ***Si vous êtes en couple, êtes-vous***
 - *marié*
 - *pacsé*
 - *ni l'un ni l'autre*

- ***Combien avez-vous d'enfants?***

- ***En quelle année avez-vous fini votre internat?***

- ***Dans quelle faculté avez-vous fait votre externat?***

- ***Dans quelle faculté avez-vous fait votre internat?***

- ***Actuellement, que faites-vous? (plusieurs choix possibles)***
 - *remplacement*
 - *SOS*
 - *installé en cabinet*
 - *assistanat hospitalier*
 - *autre*
 -

- **Quel est votre salaire mensuel moyen?**
 - <2000
 - entre 2000 et 4000
 - entre 4000 et 6000
 - entre 6000 et 8000
 - 8000

- **Etes-vous ?**
 - Libéral
 - Salarié
 - Les 2

- **Pensez-vous avoir des problèmes de santé qui altèrent votre qualité de vie?**
 - Oui
 - Non

- **Combien d'internes ont eu accès au SASPAS dans votre promotion?**

- **A quels semestres ce stage est-il disponible?**

- **Avez-vous fait un SASPAS pendant votre cursus?**
 - Oui
 - Non

Si non,

- **Pourquoi n'avez-vous pas fait de SASPAS? (plusieurs réponses possibles)**
 - Plus de places disponibles
 - Lourdeur des démarches
 - Non intéressé
 - Autre

Si oui,

- ***Combien avez-vous eu de maîtres de stage?***
- ***Combien de jours par semaine avez-vous travaillé?***
- ***Pensez-vous que ce stage a eu une influence positive sur votre qualité de vie personnelle ? Pourquoi? (en quelques mots)***
- ***Pensez-vous que ce stage a eu une influence positive sur votre qualité de vie professionnelle? Pourquoi? (en quelques mots)***

Les 10 questions suivantes sont relatives au milieu professionnel : choisir entre jamais/presque jamais/parfois/assez souvent/souvent

- ***Question 1 – Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu ?***
- ***Question 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?***
- ***Question 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) nerveux (se) ou stressé (e) ?***
- ***Question 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) confiant (e) à prendre en main vos problèmes personnels ?***
- ***Question 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?***
- ***Question 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?***

- **Question 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?**
- **Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?**
- **Question 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) irrité (e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?**
- **Question 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?**

Merci pour votre participation. Si vous souhaitez recevoir les résultats de la thèse, entrez votre adresse mail ci-dessous

ANNEXE 5 : PSS VERSION FRANÇAISE A 10 ITEMS

Pour les 10 questions suivantes choisir entre jamais/presque jamais/parfois/assez souvent/souvent

- ***Question 1 – Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu ?***

- ***Question 2 – Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?***

- ***Question 3 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) nerveux (se) ou stressé (e) ?***

- ***Question 4 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) confiant (e) à prendre en main vos problèmes personnels ?***

- ***Question 5 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?***

- ***Question 6 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?***

- ***Question 7 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?***

- ***Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?***

- ***Question 9 – Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti (e) irrité (e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?***

- ***Question 10 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?***

ANNEXE 6 : DESCRIPTION DE LA POPULATION AYANT TERMINE SON INTERNAT EN 2010-2011 SANS LES 10 SUJETS AVEC PDS

		SASPAS		total	p
		OUI (44)	NON (40)		
	femme	27 (53%)	24 (47%)	51	
	homme	7 (30%)	16 (70%)	23	
AGE		32,2 +/- 1,3	32,9 +/- 1,7		0,12
	célibataire	3 (33%)	6 (67%)	9	
	en couple	31 (48%)	34 (52%)	65	
	0	11 (41%)	16 (59%)	27	
	1	8 (38%)	13 (62%)	21	
	2	13 (57%)	10 (43%)	23	
	3 ou plus	2 (67%)	1 (33%)	3	
	Besançon	6 (43%)	8 (57%)	14	
	Grenoble	19 (59%)	13 (41%)	32	
	Montpellier	6 (32%)	13 (68%)	19	
	Nice	3 (37%)	5 (63%)	8	
	Paris	1 (100%)	0	1	
	hospitalier	3 (12%)	24 (89%)	27	
	installé en cabinet	22 (69%)	10 (31%)	32	
	remplacement	9 (60%)	6 (40%)	15	
	salarié	3 (11%)	24 (89%)	27	
	libéral	31 (66%)	16 (34%)	47	
	< 2000	1 (50%)	1 (50%)	2	
	2000-4000	19 (49%)	20 (51%)	39	
	4000-6000	10 (42%)	14 (58%)	24	
	6000-8000	4 (57%)	3 (43%)	7	
	> 8000	0	2 (100%)	2	

11. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RESUME

INTRODUCTION

L'internat de médecine générale comporte un stage obligatoire de 6 mois en cabinet de ville et le SASPAS actuellement non disponible pour tous les internes par manque de maîtres de stage. Des études ont montré une diminution du stress et une meilleure assurance chez les internes qui faisaient le SASPAS mais aucune n'a étudié son retentissement sur la qualité de vie des jeunes médecins. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'influence du SASPAS sur le stress perçu au travail par les jeunes médecins français.

METHODE

Etude quantitative transversale de juin à novembre 2016 auprès des jeunes médecins français ayant terminé leur internat en 2010-2011 et 2014-2015.

RESULTATS

Parmi les 37 facultés françaises, 212 médecins de 4 facultés ont répondu. Le score PSS total de la promotion 2014-2015 est de $4,1 \pm 1,7$ pour les médecins ayant effectué un SASPAS contre $4,2 \pm 1,6$ pour les autres. Pour la promotion 2010-2011, il est de $4,1 \pm 1,6$ pour les médecins ayant effectué un SASPAS contre $3,8 \pm 1,9$ pour les autres. Pour les 2 promotions les médecins s'installent et remplacent plus s'ils ont fait un SASPAS (2014-2015 : 92% contre 51% ; 2010-2011 : 86% contre 40%). Le niveau de stress est plus élevé chez les femmes, les sujets avec problèmes de santé et les célibataires.

CONCLUSION

Le score PSS total n'est pas différent chez les médecins ayant fait un SASPAS et ceux n'en ayant pas fait. Les médecins ayant réalisé un SASPAS pendant leur cursus s'installent 2 fois plus et plus précocement. Le bénéfice est évident pour la quasi-totalité des médecins ayant fait le SASPAS en ce qui concerne leur qualité de vie professionnelle et personnelle.

MOTS CLES

SASPAS, stress, PSS, Médecine Générale