

**UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG**

ANNÉE : 2022

N° : 118

**THESE COLLECTIVE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE**  
**DOCTEURE EN MÉDECINE**  
**ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :**

Lundi 5 Septembre 2022

Diplôme d'état  
Mention médecine générale

PAR

SUDRE Anne  
Née le 10 Décembre 1994 à Belfort

**Impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son  
médecin généraliste dans le Haut-Rhin.**

**Président de thèse :** Professeur des universités, praticien hospitalier WEBER Jean Christophe,

**Directeur de thèse :** Professeur associé des universités de médecine générale HILD Philippe,

**Jury :** Docteur ULLRICH Eric

## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition FEVRIER 2022  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. GALY Michaël

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Héléne      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
	ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie : <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie // Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
	BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie // Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
	BONNEMAIS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0082	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0083	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0084	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0085	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0086	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0087	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0088	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option ; Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENSACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0208	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0081 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0198	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0180	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(8) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

## A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle Hépato-digestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

## B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MO142 AGIN Arnaud M0001		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		- Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas M0136		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		- Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCF Ahmed Nassim M0017		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		- Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexander M0053		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : <b>Bactériologie-Virologie</b>
Mme SORDET Christelle M0069		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option <b>Hématologie Biologique</b>
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option <b>Bactériologie-Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		- Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

### C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

#### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

#### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

#### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

### D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

#### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU87 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU87 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*  
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)  
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.98

### Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.87

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 89 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.88

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

*En présence des maîtres de cette école,  
de mes chers condisciples,  
je promets et je jure au nom de l'Être suprême  
d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent  
et n'exigerai jamais un salaire  
au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons,  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.  
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs  
ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante  
envers mes maîtres  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis restée fidèle à mes promesses.  
Que je sois couverte d'opprobre  
et méprisée de mes confrères  
si j'y manque.*

---

## **REMERCIEMENTS**

### **Remerciements communs :**

*Au Président du Jury,*

*Monsieur le **Professeur WEBER Jean Christophe***

*Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider notre jury.*

*Merci de votre disponibilité et de l'intérêt porté à ce travail.*

*A notre Directeur de Thèse,*

*Monsieur le **Docteur HILD Philippe***

*Qui a accepté sans hésiter de nous accompagner dans cette aventure.*

*Recevez toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger notre travail,*

*Pour vos conseils et votre accompagnement tout au long de celui-ci.*

*Merci pour vos relectures.*

*Au membre du jury,*

*Monsieur le **Docteur ULLRICH Eric***

*Pour avoir accepté de faire partie de notre jury.*

*Et de nous accompagner lors de ce moment important dans nos vies.*

## Remerciements de Florine :

*A mes parents,*

*pour m'avoir appris que la réussite n'était rien en soit mais que c'était le chemin pour y parvenir et les moyens que l'on se donnait qui étaient importants.*

*A toi **Manu**,*

*ma vie sans toi n'aurait pas le même sens, je suis fière de qui tu es et ... une fois pour toute :*

*« oui le doliprane et le paracétamol sont la même chose et non tu ne peux pas les prendre en même temps ! »,*

*A mes grands-parents qui, d'un peu plus loin, veillent,*

*je sais que vous seriez fiers de moi.*

*Finalement ce n'est pas le temps passé qui est important mais les souvenirs qui en restent.*

*A mes amis « externes », les études de médecine ne sont finalement pas si longues*

*bien accompagnée ... enfin si on reste à l'heure pour le self.*

*A mes amis d'internat*

*et particulièrement ceux avec qui j'ai fait mes premiers pas aux urgences.*

*Vous avez transformé cette expérience angoissante en une franche rigolade, chacun de vous fera un super médecin n'en doutez pas.*

*A toi **Anne**,*

*car quand je râle tu rigoles, quand je m'impatiente tu me calmes et quand je procrastine tu me motives. Merci d'être toi, de m'accepter telle que je suis et de m'avoir embarquée dans tes rêves d'évasion. Au final, à deux, tout est possible ...*

*Pour mes amies d'enfance, pour avoir toujours cru en moi. C'est en vous sachant à mes côtés qu'il est plus facile d'avancer. Alors merci d'être là et d'être vous !*

*A mes collègues, merci pour votre accueil, votre aide, votre bonne humeur et pour le café chaud tous les matins !*

**Remerciements de Anne :**

*A mes parents, ma sœur et mon frère*

*Pour avoir toujours cru en moi.*

*Pour avoir été présents à chaque moment, pour m'avoir donné  
un soutien inconditionnel et de faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.*

*A mes grands-parents et à l'ensemble de ma famille.*

*Aux bons moments que nous passons ensemble et à ceux que nous partagerons encore.  
Une pensée pour les membres de la famille qui n'ont pas pu venir et pour ceux qui sont partis  
trop tôt pour être là.*

*Aux médecins que j'ai pu rencontrer dans mon parcours, et qui m'ont tant apporté.*

*Merci notamment à mes maîtres de stage de médecine générale*

*Qui m'ont transmis leur passion pour cette profession.*

*A tous les patients qui ont accepté de me rencontrer*

*et de me consacrer du temps pour cette thèse.*

*A Anthony, merci pour ton amour, ton écoute au quotidien, ta patience et ton humour.*

*A ma belle-famille, merci pour votre accueil chaleureux,  
merci d'avoir pris soin de moi et de le faire encore aujourd'hui.*

*A mes amis d'études pour cet externat et internat.*

*Et particulièrement à toi, Florine, que j'ai rencontrée en deuxième année de médecine et qui  
m'a épaulée à chaque moment.*

*Tant de belles choses partagées : les études, les voyages  
et cette thèse qui nous ont encore plus liées. Merci mille fois.*

*A tous mes amis d'enfance, "les Grouilles",*

*Merci pour toutes ces années et les prochaines à venir.*

*Merci de me soutenir et de croire en moi et de me rendre meilleure.*

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	19
<b>II. OBJECTIF DE L'ETUDE</b> .....	25
<b>III. MATERIELS ET METHODE</b> .....	26
<b>1. Étude qualitative</b> .....	26
<b>2. Réalisation d'une co-thèse</b> .....	27
<b>3. Population cible</b> .....	29
<b>4. Mode de recrutement</b> .....	30
<b>5. Élaboration grille d'entretien</b> .....	32
<b>6. Recueil des analyses des données</b> .....	33
<b>7. Déclaration</b> .....	35
<b>IV. RÉSULTATS</b> .....	36
<b>1. Caractéristiques des sujets interrogés et entretiens</b> .....	36
A. Caractéristiques des sujets interrogés .....	36
a) Médecins .....	36
b) Patients .....	38
B. Caractéristiques des entretiens .....	41
a) Médecins .....	41
b) Patients .....	41
<b>2. Analyse des résultats médecins</b> .....	42
A. Nouvelles implications des médecins généralistes comme maître de stage .....	42
a) Motivation initiale à accueillir des internes en SASPAS .....	42
b) Un environnement, un contexte favorisant l'accueil des étudiants SASPAS .....	43
B. Information de la patientèle de l'accueil d'étudiant SASPAS.....	44
a) Délivrance de l'information .....	44
b) Qualification employée pour nommer l'interne en SASPAS.....	46
C. Ressenti des patients.....	48
D. Présence d'un tiers dans la relation de soin .....	52
a) Difficultés de certaines consultations avec l'interne SASPAS .....	52
b) Apports de la présence de l'étudiant SASPAS à certaines prises en charge .....	54
c) Supervision de l'étudiant et information du patient .....	55
E. Impact sur la relation de soin.....	57
a) Perception du médecin généraliste sur la relation avec sa patientèle .....	57
b) La continuité des soins est-elle modifiée ?.....	60
F. Impact de l'étudiant SASPAS dans la pratique du médecin généraliste.....	63

<b>3. Analyse des résultats patients</b> .....	66
A. Des patients confrontés à l'interne en SASPAS chez leur médecin traitant .....	66
a) Image et représentation du médecin généraliste.....	66
b) Pour le patient qu'est-ce qu'un étudiant en SASPAS ?.....	69
c) Délivrance de l'information des consultations auprès de l'interne.....	71
B. La consultation avec l'interne en SASPAS.....	73
a) Motifs de consultation et contexte.....	73
b) Une consultation menée seule par l'étudiant.....	74
c) Ressenti après consultation.....	77
C. Présence d'un tiers dans la relation de soin .....	80
a) Supervision de l'étudiant et information au patient .....	80
b) Retour d'expérience au médecin traitant.....	82
c) Patient face à un nouvel interlocuteur : facilité/difficulté des consultations .....	84
D. Impact sur la relation de soin.....	86
a) Future consultation ? .....	86
b) Perception du patient sur la relation de soin.....	88
c) Ressenti des patients sur leur suivi médical au long cours .....	89
<b>V. DISCUSSIONS</b> .....	93
<b>1. Force et faiblesse de l'étude</b> .....	93
A. Choix du sujet et co-thèse.....	93
B. Choix de la méthode et échantillon étudié.....	94
C. Concernant le recrutement.....	94
D. Pour le recueil des données .....	95
<b>2. Discussion des résultats</b> .....	97
A. Un sentiment global de satisfaction.....	97
B. De nouvelles habitudes de consultation : .....	98
C. Une ambivalence sur le rôle de l'étudiant en SASPAS.....	99
D. Apport des consultations avec l'interne en SASPAS.....	100
E. Un temps dédié à la formation : .....	103
F. Une relation de confiance et une continuité des soins conservées : .....	104
G. Un nouvel interlocuteur à appréhender, des sujets de consultations parfois difficiles à évoquer .....	106
<b>3. Perspectives</b> .....	109
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	115
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	118
<b>VIII. ANNEXES</b> .....	120

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS :**

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CPP** : Comités de Protection des Personnes

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DMG** : Département de Médecine Générale

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**FUMG** : Filière Universitaire de Médecine Générale

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MG** : Médecin généraliste

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**MSU** : Maître de stage universitaire

**MT** : Médecin traitant

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**RDV** : Rendez-vous

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

## **I. INTRODUCTION**

La formation médicale a fortement évolué au cours du temps. (1) En reprenant l'historique, nous nous rendons compte que la médecine a d'abord été enseignée sous forme de compagnonnage jusqu'en **1903**. La formation était alors réservée aux facultés de médecine. L'enseignement était généraliste et se suivait d'une spécialisation au cours de la carrière. C'est ensuite, durant le milieu du XXème siècle, que la vision de la médecine générale a pris une connotation négative comparée à la médecine de spécialité. En **1949**, il y a la création des certificats de spécialité puis **en 1958** la création des stages en CHU visant ainsi une médecine hospitalo-centrée. Pendant des décennies, les généralistes ont été formés de façon à connaître les formes graves des pathologies, les maladies orphelines, mais absolument pas la thérapeutique des affections courantes en médecine générale ni les stratégies de dépistage et d'éducation thérapeutique. (2) Le concours de l'internat créé en 1982 et la création du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) accentuent la spécialisation médicale dans la formation médicale initiale sachant qu'il n'existe pas à cette période de DES de médecine générale provoquant ainsi une hiérarchie symbolique entre "spécialistes" et "non spécialistes".

La reconnaissance de la médecine générale arrive à la fin du XXème siècle avec la création en **1983** du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et en **1997** du stage ambulatoire obligatoire en deuxième cycle en médecine générale, puis est conçu le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) en **2003** tout d'abord non obligatoire. La formation en médecine est moins hospitalo-universitaire et est plus centrée sur le patient et son environnement. Ce n'est que le **16 janvier 2004**, que la médecine générale est reconnue officiellement comme une spécialité pleine et entière avec la création du DES de Médecine Générale. En **2008**, fut créée la filière universitaire de médecine générale (FUMG) et les premiers enseignants titulaires (professeurs des universités)

ont été nommés en **2009**. En **2017** vient l'obligation du SASPAS dans le cadre de la réforme du 3<sup>o</sup> cycle. Il a fallu de nombreuses années pour que la médecine générale soit reconnue comme une spécialité à part entière et ait sa propre formation. Afin de préparer le futur médecin généraliste au mieux, la formation des internes s'est ouverte aux stages ambulatoires en médecine libérale, les stages hospitaliers n'étant plus exclusifs.

Concernant le SASPAS, il est proposé **depuis 2003** et est devenu obligatoire dans la maquette de l'internat de médecine générale depuis la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle (rentrée 2017). Il est réalisé durant la dernière année d'internat (soit en 9<sup>ème</sup> année qui correspond au cinquième ou sixième semestre d'internat) et dure 6 mois. (3) La maquette de stage de médecine générale est en perpétuel remaniement et a pour but d'obtenir une valorisation de la médecine générale ainsi qu'une meilleure formation pour les futurs praticiens. Ce terrain de stage ambulatoire se substitue au milieu hospitalier jusqu'alors privilégié. Il permet aux internes de médecine générale d'être directement confrontés à la vie « réelle » de cabinet avec sa gestion, la prise en charge de pathologies chroniques. Cela donne de plus la possibilité de créer un réseau de professionnels de santé. (4)

Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée correspond à (5) :

« **Stage** » signifie que le médecin généraliste est d'accord de confier ses patients à l'étudiant en SASPAS et qu'il ne s'agit pas d'un remplacement mais qu'il y a bien un but pédagogique.

« **Soins primaires ambulatoires** » correspond à toutes les pratiques de la médecine où peut se trouver un médecin généraliste (cabinet, EHPAD, PMI, HAD, structures diverses...)

« **Autonomie supervisée** » démontre que l'interne va travailler seul en consultation mais qu'à tout moment il peut joindre son maître de stage pour toute question sur sa prise en charge et

qu'il y a une supervision des dossiers à la fin des consultations (révision systématique des dossiers des patients vus le jour même ou au plus tard le lendemain).

Le SASPAS représente un moment crucial dans la formation des internes qui se retrouvent pour la première fois en réelle autonomie, sous couvert d'une rétroaction dirigée par un maître de stage universitaire, c'est la supervision indirecte, qui est « le pilier pédagogique du stage en SASPAS ».

Depuis la réforme du 3ème cycle, le parcours de formation de l'étudiant est découpé en 3 phases de formation, permettant l'acquisition progressive des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de sa spécialité. La phase 3 dite « de consolidation » favorise l'autonomisation croissante de l'étudiant afin de le préparer progressivement à son futur exercice. A noter que le D.E.S de médecine générale se déroule sur 3 ans avec des stages de 6 mois. Il est divisé en 2 phases seulement contrairement aux autres D.E.S de spécialités :

- **Phase socle** : correspondant à une phase d'accompagnement, d'une durée de 2 semestres avec prise progressive des fonctions d'interne et une acquisition des connaissances et compétences de base.

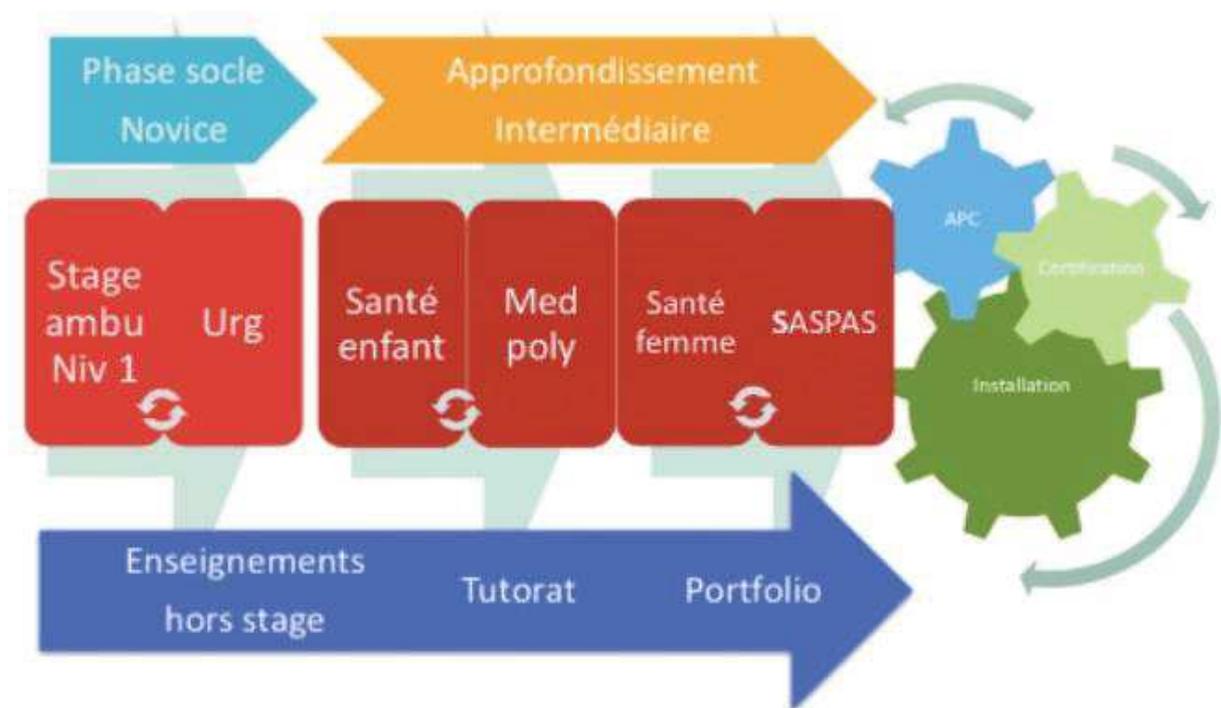
- un stage en médecine générale auprès d'un praticien agréé. L'étudiant est principalement en observation avant de prendre peu à peu une part active à la prise en charge. Pendant ce stage l'étudiant et le MSU consultent ensemble.
- un stage en médecine d'urgence.

- **Phase d'approfondissement** sur 2 ans soit 4 semestres. Elle permet l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Elle se compose de **4 semestres** :

- 1 stage en médecine polyvalente,
- 1 stage en santé de l'enfant mixte entre ambulatoire et hospitalier.
- 1 stage en santé de la femme mixte entre ambulatoire et hospitalier,
- 1 stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

Lors du stage de santé de l'enfant ou santé de la femme, l'étudiant consulte avec le MSU. A différencier du SASPAS où l'étudiant est seul en autonomie.

**Schéma 1 :** Maquette du D.E.S de médecine générale :



Plusieurs thèses dans différentes régions françaises ont été réalisées afin d'évaluer le ressenti des patients à la suite d'une consultation avec l'étudiant en SASPAS. (6) (7) (8) (9) (10) Un travail complémentaire de bibliographie a été fait sur les thèses de médecine en Alsace sur des sujets similaires. Ceci nous a permis de constater que très peu de thèses ont été réalisées sur l'étudiant en SASPAS. Or, comme expliqué, ce stage est devenu obligatoire

depuis 2017 et le département de médecine générale (DMG) de Strasbourg tient une importance à respecter cette nouvelle réforme. Il nous paraissait important de comprendre ce que la présence d'un étudiant en SASPAS pouvait représenter pour les patients et les médecins généralistes les accueillant et l'impact que cela a sur la relation à long terme.

A l'échelle nationale, les travaux réalisés mettent en évidence une satisfaction générale des patients quant à la présence des étudiants en SASPAS. Cependant, ils soulèvent certains questionnements. En effet, les patients apportent autant d'importance à la compétence médicale du professionnel qu'à la relation qu'ils entretiennent avec lui. Si les connaissances des étudiants en SASPAS ne sont pas remises en cause, le manque d'information quant à leur présence et leurs rôles peut être critiqué par les patients. Les consultations de psychologies, familiales ou les patients aux antécédents chargés sont des situations difficiles à gérer. C'est à ce moment-là que la confiance des patients envers leur médecin traitant est la plus importante. Dans les thèses qui interrogent les étudiants en SASPAS, ces derniers évoquent souvent un stage riche mais où la continuité des soins n'est pas assez présente. Or, même si le ressenti des patients et des médecins accueillant des étudiants en SASPAS a été étudié, aucune étude n'a encore été faite sur l'impact réel que la présence de l'étudiant en médecine a sur la relation et la continuité de soin.

La relation médecin-malade est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique soumise au code de déontologie médicale. (11) Cette relation est humainement complexe et en perpétuelle évolution au fil des siècles et des sociétés. Les patients se sont émancipés et le modèle paternaliste protecteur a laissé place à une relation horizontale, dans laquelle les patients ne sont plus passifs, mais participent bel et bien de façon active à cette relation afin d'interagir « en partenariat » avec leur médecin. En

contrepartie, le médecin doit apporter à son patient une information « ...loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose... » (article R.4127 du code de la santé publique) afin d'obtenir son consentement éclairé.

Depuis quelques années, la Haute autorité de santé (HAS), l'OMS, les politiques publiques promeuvent une démarche de soins centrée sur le patient. (12) Les principes de cette approche où le patient est au centre de la prise en charge sont inscrits dans la loi française Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) de 2009. (13) L'objectif est de construire une relation thérapeutique basée sur les besoins spécifiques du patient et en partenariat avec ses proches et les professionnels de santé. Elle permet de proposer un projet personnalisé et de l'adapter au cours de l'évolution. Le développement et le renforcement des compétences du malade ainsi que la complémentarité entre son expérience personnelle et l'expertise des professionnels sont depuis quelques années mis en avant. Cette démarche de soin centrée sur le patient se fonde sur une personnalisation et une continuité des soins dans le temps. Le vieillissement de la population favorise l'intervention d'équipes pluriprofessionnelles. L'étudiant en SASPAS devient alors une troisième personne qui intervient dans la relation intimiste du médecin généraliste et de son patient. C'est dans cette dynamique que s'inscrit la réforme de médecine générale et la création du stage SASPAS.

Nous allons nous intéresser plus précisément à l'impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son médecin généraliste dans le Haut-Rhin.

## II. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est de comprendre dans quelle mesure la présence d'un étudiant SASPAS influence la relation de soins médecin/patient au long cours.

### Les objectifs secondaires sont :

- Explorer le ressenti des médecins généralistes et de leurs patients sur leur relation de soin depuis la présence d'étudiants en SASPAS.
- Identifier les facteurs qui influencent cette relation (durée de suivi, âge du patient, motif de la consultation, cabinet rural/urbain ou type d'exercice, visite à domicile ...)
- Evaluer l'influence de la présence d'un interne en SASPAS sur la continuité des soins.
- Identifier quelles sont les situations où la présence d'un étudiant en SASPAS est problématique ou au contraire bénéfique sur la relation de confiance avec son médecin généraliste.

La finalité de cette étude est de comprendre comment et dans quelles mesures les consultations faites par l'étudiant en SASPAS (et non par le médecin traitant) peuvent modifier la relation de soins. Nous espérons ensuite pouvoir en dégager des ouvertures afin de faciliter l'insertion de l'étudiant dans la relation de soin.

### **III. MATERIELS ET METHODE**

#### **1. Étude qualitative**

Afin de pouvoir répondre à notre objectif principal, nous avons décidé de choisir une méthode permettant d'avoir des résultats en termes de ressenti et non de données chiffrées, en dehors des caractéristiques propres aux médecins et aux patients interrogés (genre, durée d'exercice, milieu d'exercice, patient depuis...). Le choix s'est porté sur une **étude qualitative**.

Nous avons réalisé des entretiens individuels avec des médecins du Haut-Rhin accueillant des étudiants en SASPAS et leurs patients qui ont accepté de participer à notre projet. Cette méthode nous a permis d'évaluer leurs perceptions et leurs ressentis sur l'impact que la présence d'un étudiant en médecine en SASPAS représente dans la relation de soin. Ce type de méthode est particulièrement appropriée pour recueillir les ressentis et les expériences de chacun qui sont des données difficilement mesurables objectivement. Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer mais consiste à recueillir des données verbales afin de répondre à nos objectifs. De cette façon, nous espérons pouvoir en dégager des hypothèses afin d'améliorer la qualité des soins.

## **2. Réalisation d'une co-thèse**

Outre le fait que jusqu'à présent aucune étude n'a étudié l'impact, au long cours, de la présence d'un étudiant SASPAS sur la relation de soins médecin/malade, l'intérêt principal de ce travail réside dans le fait qu'il s'agit d'une **co-thèse**. En utilisant ce double travail, nous avons voulu comprendre quel était le ressenti des patients mais également des médecins. Nous avons ensuite mis en parallèle chacun des résultats obtenus. Ce travail collaboratif a permis de réaliser plus d'entretiens et de récolter plus de résultats sur un même sujet. Le statut de médecin ou celui de patient peut, de lui-même, influencer sur la relation de soin. Il nous paraissait important de recueillir séparément les avis de chacun avant de les confronter. En supprimant ce biais de confusion nous avons essayé de tirer des conclusions plus objectives et plus interprétables. Les résultats obtenus permettront, dans un second temps, d'ouvrir sur des hypothèses pour faciliter l'insertion des SASPAS auprès des patients.

Notre travail de thèse s'inscrit dans un **projet collaboratif**. Notre objectif était de mettre en parallèle le ressenti à posteriori des médecins et celui de leurs patients. Chacune de nous a réalisé ses propres entretiens et élaboré ses résultats. La grille d'entretien destinée aux médecins et les résultats obtenus ont été analysés par JAY Florine. Les données des patients ont quant à elles été recueillies et analysées par SUDRE Anne. Ces données ont, dans un premier temps, été traitées individuellement avant d'être analysées ensembles.

Afin de préparer au mieux notre thèse nous avons chacune réalisé un travail bibliographique. En mettant en commun nos recherches, ce travail à deux nous a permis de récolter un nombre important d'éléments sur les travaux déjà réalisés sur les étudiants en

SASPAS. Nous avons ainsi pu remarquer que la plupart de ces études recueillent le ressenti des patients à l'issue d'une consultation auprès d'un étudiant à un moment donné. Le stage en SASPAS étant devenu obligatoire, il s'inscrit dorénavant dans la maquette de médecine générale. Par conséquent, de plus en plus de patients vont être confrontés à ces consultations particulières. Il nous paraissait important d'évaluer dans quelles mesures cela pouvait avoir un impact au long cours sur la relation et la continuité des soins.

Tout au long de notre thèse, nous avons travaillé en parallèle. Chacune de nous a contribué de **façon égale et complémentaire** à l'élaboration des différentes parties. L'introduction, méthode et matériels, la discussion et conclusion ont été rédigées conjointement. Les grilles d'entretiens ont été rédigées en binôme sur le même modèle. Notre objectif était de récolter des résultats comparables pour les confronter au sein d'une discussion commune. Afin de ne pas biaiser les résultats, nous avons exploité chacune de notre côté nos données respectives. De plus, nous avons fait le choix de tirer des hypothèses et des ouvertures de discussion séparément avant de les confronter. Par ce mode de recueil d'information nous avons voulu éviter les biais méthodologiques et de jugements.

### **3. Population cible**

La population cible :

- Les **médecins généralistes** accueillant des internes dans le Haut-Rhin
- **Les patients de ces généralistes** ayant déjà eu une ou plusieurs consultations avec l'étudiant en SASPAS.

Pour notre étude qualitative, nous avons choisi d'interroger des médecins exerçant dans le Haut-Rhin. Nous nous sommes concentrées sur une population cible issue uniquement du Haut-Rhin. Ce choix était également plus pratique par rapport à nos domiciles respectifs pour réaliser des différents entretiens. Trois groupes démographiques ont été définis : rural, semi rural et urbain. Comme notre étude sur l'impact de l'étudiant en SASPAS dans la relation de soin au long cours est l'une des premières réalisées, nous avons décidé de mener cette dernière sur un échantillon restreint.

#### **Pour les médecins :**

*Critères d'inclusions :*

- Avoir son cabinet médical dans le Haut-Rhin ;
- Accueillir des étudiants en médecine en SASPAS ;
- Être volontaire ;

*Critères d'exclusions :*

- Être installé depuis moins de 2 ans ;
- Accueillir des étudiants en SASPAS depuis moins de 6 mois ;
- Avoir reçu une des chercheuses en SASPAS ;

## **Pour les patients :**

### *Critères d'inclusions :*

- Être patient dans un cabinet où le médecin généraliste accueille des étudiants en SASPAS ;
- Avoir vu en consultation une fois au minimum un étudiant en SASPAS ;
- Avoir revu son médecin généraliste ou l'étudiant après une première consultation avec le SASPAS ;
- Être suivi depuis plus d'un an dans le cabinet ;

### *Critères d'exclusions :*

- Barrière de la langue ;
- Présence de troubles cognitifs ;
- Âge inférieur à 18 ans sans représentant légal lors de l'entretien
- Patients ayant consulté une des chercheuses lors de son SASPAS

## **4. Mode de recrutement**

Nous nous sommes rapprochées de la faculté de médecine de Strasbourg et avons demandé l'appui du DMG afin de pouvoir contacter l'ensemble des médecins généralistes recevant des internes en SASPAS dans le Haut-Rhin. Après validation de notre thèse par le DMG, un email de présentation de la thèse et de notre projet avec une fiche de consentement a été envoyé aux différents praticiens. Ceux ayant répondu favorablement ont été contactés au téléphone afin d'établir un rendez-vous pour l'entretien. Trois groupes ont été réalisés afin d'obtenir un échantillon le plus hétérogène possible et d'optimiser la variabilité des réponses. Ces groupes ont été définis en fonction du nombre d'habitants du lieu d'exercice des médecins généralistes : supérieur à 20 000 habitants, entre 5 000 et 20 000 et inférieur à 5 000 habitants.

Pour élargir l'échantillon, nous avons recontacté par téléphone des médecins maître de stage n'ayant pas répondu préalablement. Les médecins qui ont été rappelés proviennent équitablement des trois sous catégories. Les médecins généralistes participants et leurs patients ont des profils sociodémographiques et professionnels (âge, sexe, modes d'exercices, expériences) différents. La relation médecin/patients initiale peut être modifiée par ces caractéristiques et la présence d'un étudiant SASPAS n'a pas forcément le même impact en fonction du type démographique.

Pour le recrutement des patients, il a été demandé au médecin interrogé de donner le contact de deux patients présentant les critères d'inclusion de l'étude. Il fallait qu'ils aient vu l'interne en SASPAS dans une période de temps supérieure à 3 mois et qu'ils aient été revus ensuite en consultation par l'interne ou le médecin. L'objectif étant de recruter aléatoirement les patients. Ces derniers ont été contactés ensuite par téléphone ou e-mail pour leur expliquer le but de la thèse ainsi que leur présenter l'objectif du questionnaire. Une fois leur accord obtenu, un rendez-vous était fixé dans un lieu calme comme leur domicile ou un lieu public. Si les patients étaient réticents à l'échange direct, un rendez-vous par téléphone ou par visio a été proposé.

Le nombre de personnes à inclure n'a pas été décidé au préalable. Il a été décidé de ne plus inclure de nouveaux médecins et de nouveaux patients à partir du moment où les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'informations supplémentaires. Deux entretiens supplémentaires ont cependant été menés avant d'interrompre le recrutement pour s'assurer de la saturation des données des chercheuses.

## 5. Élaboration grille d'entretien

Il existe trois types d'entretiens (14) :

- **L'entretien non directif ou libre** : la personne interrogée s'exprime librement sur une question générale.
- **L'entretien directif** : suit un cheminement préétabli. Ce sont des questions fermées. L'entretien ressemble un peu à un interrogatoire, comportant de nombreuses questions qui appellent des réponses précises.
- **L'entretien semi-directif** : se base sur des interrogations assez généralement formulées et ouvertes. Il est possible de poser de nouvelles questions si la personne interviewée soulève un aspect encore inconnu.

Pour notre thèse, l'**entretien semi-directif** était le plus adapté. Il s'agissait d'analyser l'impact de la présence de l'étudiant en SASPAS sur la relation de soin. Les entretiens sont dirigés par une série de questions amenant la personne interrogée à s'exprimer sur des thèmes prédéfinis, tout en lui laissant une liberté d'expression sur d'autres sujets non envisagés par l'investigateur. Nous avons ainsi fait le choix de favoriser une certaine spontanéité des sujets interrogés nous permettant une flexibilité sur les questions choisies. Conformément à la méthodologie qualitative, la constitution de l'échantillon de personnes recherche davantage une hétérogénéité qu'une représentativité statistique.

Notre thèse est réalisée en binôme, nous allons recueillir par une grille d'entretien le ressenti des patients et d'autre part le ressenti du médecin. Les résultats seront d'abord

analysés séparément puis dans la discussion nous allons pouvoir mettre en relation les résultats retrouvés. Le questionnaire a été conçu de la même façon.

Nous avons réalisé **deux grilles d'entretien distinctes** : une destinée aux patients et une à leurs médecins généralistes. Elles sont anonymisées. Elles sont construites de la même façon avec une introduction assez générale puis des questions de plus en plus centrées sur l'objectif de l'étude. La première partie permet de définir les caractéristiques générales de l'échantillon. Nous avons utilisé un questionnaire quantitatif permettant de recueillir les spécificités des participants jugées utiles pour l'étude (lieu d'installation, durée d'exercice, mode d'exercice, durée de suivi par le médecin traitant...). Dans un second temps, nous avons utilisé un questionnaire qualitatif composé de six questions ouvertes. Les premières questions sont générales et permettent de définir le contexte. Progressivement nous avons choisi de recentrer les questions pour répondre au mieux à notre objectif. Le questionnaire est réalisé de sorte que la liberté de réponses que supposent les questions ouvertes reste un avantage en nous donnant des ouvertures et pistes de réflexions. Pour éviter les réponses trop « larges » et non pertinentes nous avons choisi d'inclure des questions de recentrage. Ainsi, cela nous permet d'aborder chaque question sous un autre angle si la personne interrogée a des difficultés à répondre et de recueillir le maximum de réponses sans pertes de données.

Le questionnaire comprenait initialement des questions semi-dirigées, ouvertes, avec possibilité de questions de relance. Selon l'évolution des entretiens et leur analyse, le guide a été progressivement modifié.

## **6. Recueil des analyses des données**

Le recueil des données a été réalisé entre **décembre 2021 et avril 2022**. Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés. Florine Jay s'est chargée des entretiens avec les médecins tandis qu'Anne Sudre s'est tournée vers l'entretien des patients en parallèle.

Trois types d'entretiens ont été proposés aux sujets de l'étude en fonction de leur préférence :

- **En présentiel**
- **Par visioconférence**
- **Par rendez-vous téléphonique**

Chacun des rendez-vous a été réalisé dans un environnement calme et propice à l'entretien.

Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des sujets interrogés. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits fidèlement dans leur intégralité de manière à respecter l'expression des sujets et pour assurer la validité et la richesse de l'étude. Toutes les données ont été anonymisées. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons identifié les thèmes principaux qui ressortaient des réponses obtenues. Chacune des deux investigatrices a fait son propre recueil et analyse de données.

## 7. **Déclaration**

Grâce au questionnaire Limesurvey réalisé par le DMG de Strasbourg et de Rennes, proposé sur le site de l'UNISTRA, nous nous sommes assurées que notre thèse était hors champ de la loi Jardé.

L'étude n'étant pas interventionnelle, il n'y a pas eu de nécessité de requête auprès du Comité de Protection de la Personne (CPP).

Cette étude n'a pas nécessité de déclaration préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Aucun lien d'intérêt n'est à signaler. Cette étude n'a reçu aucun financement.

Seules les chercheuses et leur directeur de thèse ont eu accès aux données. Les informations ont été traitées dans le plus strict respect du secret médical en préservant l'anonymat. Une fiche d'information ainsi qu'un formulaire de consentement ont été remis avant le questionnaire. Aucune donnée nominative ou brute ne sera conservée à l'issue de ce travail par les auteures. Seul le format anonymisé sera conservé.

## IV. RÉSULTATS

### 1. Caractéristiques des sujets interrogés et entretiens

#### A. Caractéristiques des sujets interrogés

##### a) *Médecins*

L'étude a été menée auprès de **dix médecins** exerçant la médecine générale dans le **Haut-Rhin**. Ils étaient âgés de 37 ans à 66 ans avec une moyenne d'âge de 50,6 ans. Parmi ces médecins on retrouvait 6 femmes et 4 hommes soit 60% de femmes.

Tous étaient installés dans le Haut-Rhin dont : deux en ville, trois en zone semi rurale et cinq en zone rurale. La plupart exerçait en collaboration avec d'autres médecins généralistes : trois médecins en maison de santé pluridisciplinaire (30%), trois en association libre (30%). Les collègues de ces médecins étaient eux-mêmes le plus souvent maîtres de stage. Un médecin avait un profil particulier puisqu'il venait de changer de mode d'exercice en passant d'une activité salariale en collaboration à une activité en association libre. L'association libre est le regroupement de plusieurs médecins libéraux dans un même cabinet mais n'ayant pas l'agrégation de maison de santé pluridisciplinaire. L'interrogatoire ayant eu lieu la semaine du changement, les réponses étaient liées à sa précédente activité et nous l'avons inclus ainsi dans l'étude. Enfin, 3 médecins exerçaient seuls soit 30% des médecins interrogés. La durée moyenne d'installation était de 20,7 ans, et s'étalait de 9 à 39 ans.

Tous les médecins interrogés étaient maîtres de stage et accueillaient des internes SASPAS : cinq d'entre eux depuis 5 ans ou moins, deux depuis 5 à 10 ans et trois depuis plus de 10 ans soit respectivement 50%, 20% et 30% avec des extrêmes allant de quatre à quinze ans.

**Tableau 1 - Caractéristiques générales des médecins interrogés**

	Sexe	Age	Localisation	Accueillant des étudiants SASPAS depuis	Installé depuis	Type de cabinet
M1	Masculin	65 ans	Ville	10 ans	37 ans	Seul
M2	Féminin	47 ans	Rural	5 ans	9 ans	Seule
M3	Masculin	37 ans	Ville	4 ans	9 ans	MSP
M4	Féminin	66 ans	Rural	12 ans	39 ans	Association
M5	Masculin	64 ans	Rural	15 ans	34 ans	MSP
M6	Féminin	37 ans	Semi- rural	3 ans	10 ans	Salarial
M7	Masculin	60 ans	Rural	2 ans	30 ans	Seul
M8	Féminin	42 ans	Semi- rural	15 ans	10 ans	Association
M9	Féminin	47 ans	Rural	10 ans	16 ans	MSP
M10	Féminin	41 ans	Semi- rural	5 ans	13 ans	Association

## *b) Patients*

L'étude a été menée auprès de patients sélectionnés chez les médecins ayant participé à l'étude, deux patients par médecins ont été interrogés. Les patients devaient avoir été vus courant septembre 2021 ou avant et avoir été revus par le médecin ou l'étudiant SASPAS. L'échantillon était de 20 patients. Les médecins devaient nous donner de façon aléatoire les coordonnées de deux de leurs patients répondant aux critères d'inclusion. A noter qu'une patiente a refusé par manque de temps, et un médecin n'a pas donné les coordonnées de deux de ces patients suite à l'entretien malgré de multiples relances. **17 patients** ont été interrogés.

Ils étaient âgés de 20 ans à 88 ans avec une moyenne d'âge de 57 ans et demi. Parmi ces patients on retrouvait 10 femmes et 7 hommes soit 58% de femmes.

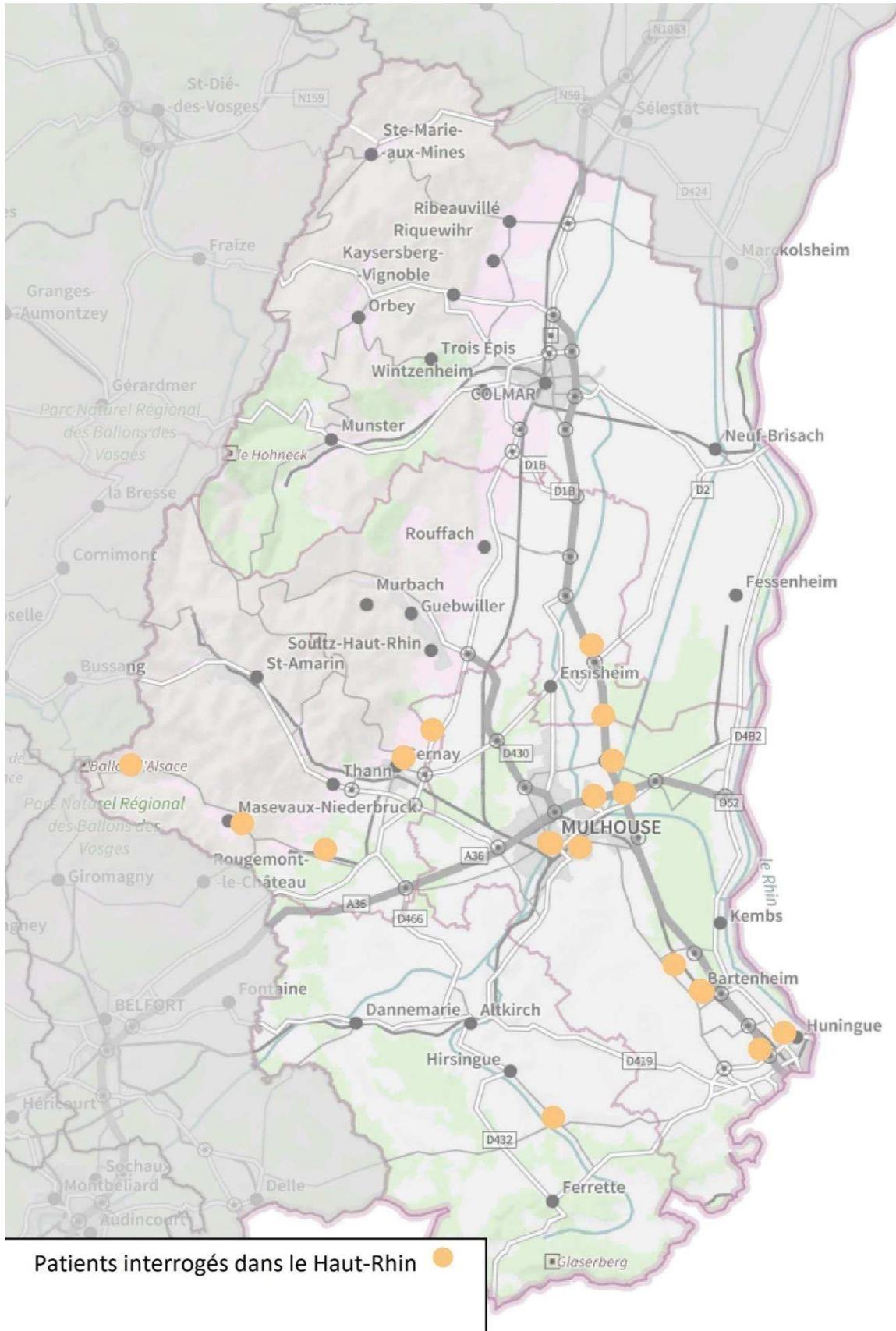
Sur les patients interrogés : 6 patients allaient dans une maison de santé pluridisciplinaire pour consulter leur médecin, 5 patients dans un cabinet avec une association de médecins et 6 patients consultaient un médecin exerçant seul dans son cabinet. Ils étaient suivis par leur médecin traitant depuis 12 ans en moyenne avec pour un minimum de suivi de 3 ans et un maximum de 35 ans.

Les patients interrogés habitaient tous dans le Haut-Rhin dont : 4 en ville, 3 en zone semi rurale et 10 en zone rurale. La distance d'habitation du patient avec le cabinet du médecin traitant était en moyenne de 6 km avec une distance minimale de 40m et une maximale de 16 km.

**Tableau 2 - Caractéristiques générales des patients interrogés :**

	Âge	Sexe	Lieu cabinet	Distance habitation patient	Suivi depuis	Type cabinet
P1	72 ans	M	Rural	500 m	6 ans	Médecin seul
P2	88 ans	M	Urbain	40 m	5 ans	MSP
P3	67 ans	M	Urbain	1 km	4 ans	MSP
P4	42 ans	F	Rural	2 km	3 ans	Médecin seul
P5	54 ans	F	Rural	4 km	9 ans	Médecin seul
P6	43 ans	F	Rural	10 km	7 ans	MSP
P7	81 ans	F	Rural	16 km	15 ans	Médecin seul
P8	83 ans	F	Semi rural	1 km	3 ans	Association médecins
P9	33 ans	M	Urbain	1,5 km	26 ans	Médecin seul
P10	21 ans	F	Urbain	14 km	4 ans	Médecin seul
P11	70 ans	F	Rural	5 km	30 ans	Association médecins
P12	73 ans	M	Rural	700 m	35 ans	MSP
P13	68 ans	M	Rural	2 km	20 ans	Association médecins
P14	20 ans	F	Rural	11 km	18 ans	MSP
P15	61 ans	H	Rural	10 km	16 ans	MSP
P16	50 ans	F	Semi rural	14 km	4 ans	Association médecins
P17	55 ans	F	Semi rural	14km	>10ans	Association médecins

**Carte 1 : Localisation des patients interrogés dans le Haut-Rhin**



## B. Caractéristiques des entretiens

### a) *Médecins*

**10 entretiens** ont été réalisés entre janvier et mars 2022

Les entretiens se sont déroulés :

- Au cabinet du médecin : 3
- Au logement personnel du médecin : 1
- Par appel téléphonique ou visioconférence : 6

La durée d'entretien moyenne était de 19 minutes avec une durée maximale de 26 minutes et une durée minimale de 9 minutes.

### b) *Patients*

**17 entretiens** ont été réalisés entre janvier et avril 2022.

1 patient a refusé l'entretien.

1 médecin n'a pas donné les coordonnées de deux de ces patients malgré différentes relances.

Les entretiens se sont déroulés :

- Dans un lieu public : 1
- Au domicile du patient : 6
- Par appel téléphonique ou visioconférence : 10

La durée d'entretien moyenne était de 17 minutes avec une durée maximale de 42 minutes et une durée minimale de 7 minutes.

## 2. Analyse des résultats médecins

### A. Nouvelles implications des médecins généralistes comme maître de stage

#### a) *Motivation initiale à accueillir des internes en SASPAS*

La réforme des études de médecine générale a privilégié les stages ambulatoires au détriment des stages hospitaliers qui jusqu'alors prédominaient. Ceci a nécessité l'ouverture de nouveaux terrains de stages. Les médecins interrogés n'étaient pas forcément prédisposés à devenir maître de stage et, pour chacun d'eux, les implications et motivations n'étaient pas les mêmes.

Pour la majorité des situations, la question d'accueillir et de former des étudiants ne s'est pas imposée d'elle-même. C'était plutôt une demande émanant d'un tiers : de la faculté de médecine le plus souvent, mais également d'autres collègues médecins généralistes, ou alors d'étudiants, *“la pression de la fac qui cherchait des maîtres de stages et la pression des collègues”* (M1).

Pour certains, devenir maître de stage n'était, en effet, pas forcément une évidence *“peur que cela soit chronophage”* (M3), *“mis la pression pour qu'il accueille aussi des internes. Initialement, il ne voulait pas”*(M1).

Pour d'autres encore, la motivation est née au cours de leurs études en ayant eux-mêmes fait un stage SASPAS *“un stage que j'ai beaucoup aimé en tant qu'interne”* (M4), *“J'ai également eu un maître de stage et j'ai eu envie de faire la même chose”* (M8). Cette expérience les a formés, non seulement, à prendre en charge des patients de médecine générale mais leur a également permis d'appréhender la gestion d'un cabinet de santé, *“c'était bienveillant ; personnellement cela m'a plus aidé à démarrer ma vie professionnelle de*

*remplacement que les stages hospitaliers*” (M8), *“Cela m'avait bien formé pour préparer mes remplacements”* (M4).

De façon assez générale, il ressortait une envie de transmettre *“J'avais vraiment à cœur de transmettre ”* (M8), *“côté pédagogique qui m'intéressait”* (M7), et un besoin d'échanger *“avoir un regard nouveau”* (M10), *“j'aime bien travailler à deux”* (M6). Parfois, le but initial était d'explorer de nouvelles choses, *“par curiosité, j'étais parmi les premiers à accueillir des internes (...) j'aime bien aller de l'avant.”* (M5), *“pour la variété de l'activité”*(M6).

L'accueil d'étudiant en SASPAS a pu, quelque fois, être un moyen d'aménager un peu leur emploi du temps et de se faire un réseau de futurs collègues *“pour alléger également un peu mes semaines”*(M6), *“un bon moyen de trouver des remplaçants”* (M7).

Enfin, tous ont avoué ne pas le regretter et aucun ne reviendrait en arrière, *“au total je ne regrette pas et je n'arrêterai pas.”* (M3).

*b) Un environnement, un contexte favorisant l'accueil des étudiants SASPAS*

L'exercice de la médecine générale était propre à chacun. Chaque maître de stage interrogé avait une pratique, une organisation et des patients qui leur étaient propres. L'étudiant SASPAS qui, le plus souvent, a fait son stage dans plusieurs cabinets, était accueilli dans des environnements différents les uns des autres.

A l'exception d'un médecin, tous les sujets interrogés accueillait également d'autres étudiants en médecine générale qui étaient à différentes étapes de leurs études (phase socle ou phase d'approfondissement en stage de santé de la femme ou de pédiatrie), *“j'accueille des internes de niveau 2 dans le stage santé de l'enfant”* (M10), *“J'accueille 3 internes : 2 SASPAS et un interne de santé de la femme”*(M8).

D'après les caractéristiques de l'échantillon interrogé, la plupart des maîtres de stages interrogés travaillaient dans un cabinet avec d'autres médecins. Le plus souvent, ces derniers accueillait eux-mêmes des étudiants mais ce n'était pas systématique : *“oui mon associé accueille également des SASPAS”* (M1), *“Mon associé (...) accueille les mêmes internes, le Dr (...) a commencé ce semestre avec des internes de phase socle et ma dernière collègue, non.”* (M7).

Certains sujets interrogés ont avoué avoir accepté d'accueillir des étudiants par demande de collègues ou avoir eux-mêmes convaincu leurs associés : *“je lui ai demandé s'il était intéressé. Il a fini par accepter”*(M6), *“Dr (...) m'a contacté et m'a demandé si je voulais accueillir des internes”* (M2).

## B. Information de la patientèle de l'accueil d'étudiant SASPAS

### a) *Délivrance de l'information*

En fonction de l'organisation de leur médecin généraliste et de l'ancienneté, les patients ont été avertis de la consultation avec l'étudiant SASPAS de différentes manières.

Pour les cabinets avec un secrétariat, l'information était donnée lors de la prise de rendez-vous téléphonique, *“ils sont prévenus par le secrétariat”* (M10). A l'inverse, pour les médecins prenant les rendez-vous par internet, c'était notifié sur le planning en ligne

“systématiquement précisé au moment de la prise du RDV sur internet par une note” (M3). Et enfin, certains utilisaient ces deux moyens “J’ai un système de secrétariat téléphonique et internet et c’est indiqué à chaque prise de RDV” (M8). De façon unanime, tous les médecins maîtres de stage, ont affiché la lettre officielle délivrée par la faculté de médecine et/ou l’ARS qui spécifie l’accueil possible d’internes, “ la lettre du doyen dans la salle d’attente ” (M9), “affiche dans la salle d’attente avec le nom des étudiants” (M3). Certains patients ont été prévenus préalablement, directement par leur médecin traitant de l’arrivée d’étudiants en autonomie “Je leur en ai parlé directement” (M6), ”j’avais déjà prévenu un peu mes patients à l’avance” (M3).

Bien que dans la majorité des situations, les patients ont été avertis de la présence des internes, il a pu arriver que ce ne soit pas le cas. Certains médecins, maîtres de stage depuis un certain temps, ne précisaient plus la présence de l’étudiant SASPAS. Ils considéraient que les patients étaient habitués et au courant de son jour de consultation “Maintenant les patients sont plutôt habitués “ (M5), “Je ne les ai pas prévenus, le SASPAS est en autonomie donc je ne me mêle pas de ses consultations. Maintenant les patients commencent à être habitués “ (M7).

Certains praticiens consultaient en même temps que l’interne en SASPAS dans un autre cabinet. Les patients étaient pris aléatoirement et répartis entre le médecin traitant et l’étudiant et ne découvraient qu’au moment du rendez-vous qui était leur consultant “Avec le SASPAS, on consulte en même temps (...) quand on ouvre la porte le patient voit si c’est le SASPAS ou moi.” (M1).

Enfin, un des médecins a avoué avoir fait consciemment le choix de ne pas préciser le jour de consultation de l'étudiant afin d'éviter que ce dernier se retrouve sans consultation, *“la plupart des internes venant de loin, pour moi c'était impensable que le SASPAS se retrouve avec trois consultations”* (M4).

#### b) *Qualification employée pour nommer l'interne en SASPAS*

Depuis l'ouverture des stages de médecine générale en ambulatoire, les médecins qui sont devenus maîtres de stages se sont réorganisés pour accueillir des étudiants. Les patients, malgré leurs habitudes, ont dû s'adapter à cette évolution et à la présence d'étudiants. Ils ont pu être confrontés à différents modèles de consultations : parfois il y avait des étudiants en phase socle, principalement en observation, ou des étudiants de niveau 2 (en santé de la femme et de l'enfant) prenant alors une part active à la consultation mais toujours en binôme avec le médecin traitant ou encore se retrouvant seul face à l'interne SASPAS. De plus, la réforme des études de médecine générale a été organisée par semestre et a entraîné un changement des internes tous les six mois.

Après avoir échangé avec les médecins généralistes, la plupart des termes rapportés pour nommer l'étudiant en SASPAS ont été choisis dans le but de rassurer le patient sur les compétences de l'interne. Il était souvent précisé le niveau d'étude et la fin imminente du cursus de médecine, *“interne en autonomie (...) en septième année de médecine (...) derniers stages pour rassurer le patient”* (M1), *“ un étudiant, un interne en fin d'étude qui va être amené à consulter seul”* (M6), *“un interne en fin de cursus qui fait un de ses derniers stage avant d'être médecin”* (M7).

Tous avaient l'air conscient que les consultations où l'étudiant en SASPAS était seul pouvaient être source d'angoisse pour les patients, “ *pour rassurer le patient* ” (M1), “ *Le fait de savoir qu'ils sont en 7ème, 8ème ou 9ème année d'étude rassure énormément les patients.*” (M5). Parfois d'autres adjectifs étaient utilisés afin d'évoquer l'interne en SASPAS et variaient en fonction des cabinets, “*mon collègue*” (M1), “*collègue interne*” (M4). Si certains utilisaient le terme « remplaçant » “*on le présente comme un « remplaçant interne »*”(M10), d'autres s'y refusent “*Je précise bien qu'il ne s'agit pas d'un remplaçant.*” (M6).

La presque totalité des médecins n'utilisaient pas l'acronyme « SASPAS », “*Le terme SASPAS ne parle pas aux patients* ” (M2), “ *le terme SASPAS n'est pas toujours compris* ” (M8).

Bien qu'ils ne posaient pas systématiquement la question, “*ne posent pas spécialement de questions*” (M8), “*J'ai peu de questions*” (M9), certaines réponses laissaient sous-entendre que les patients avaient du mal à comprendre ce qu'était exactement un étudiant SASPAS “*ils me disent « votre remplaçant », donc au final ils ne comprennent peut-être pas toujours*” (M8).

Chez les médecins interrogés qui se rapprochaient le plus de l'âge d'une retraite potentielle ou d'un futur déménagement, on retrouvait aussi quelques amalgames “ *on me demande souvent s'ils vont être mes successeurs.*”(M9), “*Les patients me demande souvent alors il va prendre votre suite ?*” (M6).

En fonction des lieux de stage l'interne SASPAS n'était pas présenté de façon uniforme. La grande majorité des MSU nommait l'étudiant en choisissant des qualificatifs dont le but était de rassurer les patients et de faire accepter les internes en SASPAS. Ensuite,

chacun utilisait des termes spécifiques qui variaient à la fois selon les cabinets et parfois même au sein de ce dernier. Certains patients consultaient, alternativement, plusieurs médecins du cabinet. Chaque médecin généraliste pouvait utiliser des termes leur étant propres et, parfois, c'était la secrétaire qui les accueillait et les prévenait de la présence d'étudiants en utilisant encore un vocabulaire différent. Ces divers qualificatifs utilisés pour décrire l'étudiant SASPAS ont pu rendre les choses difficiles à comprendre pour les patients.

### C. Ressenti des patients

Les MSU interrogés avaient chacun leurs motivations à accueillir des étudiants. Même si certains étaient initialement réticents à ce changement de pratiques, ils avouent finalement ne pas le regretter. Pour les patients, l'arrivée de l'interne SASPAS leur a été imposée. La présence d'une nouvelle personne a pu les déstabiliser et modifier la relation qu'ils entretenaient avec leur médecin traitant, parfois, seul repère dans ce contexte d'évolution de la pratique médicale, *“J'ai une relation assez fusionnelle avec mes patients et ce n'est pas évident qu'ils acceptent quelqu'un d'autre.”* (M3).

La plupart des médecins interrogés évoquaient plutôt des bons retours de leurs patients *“Globalement c'est positif ”* (M4), *“De mon ressenti, je trouve que les patients sont contents et satisfaits”* (M8). Un des médecins, qui avait initialement peur de la réaction de ses patients a même été étonné d'avoir finalement des réflexions si positives sur la présence de l'étudiant SASPAS *“ils l'ont accepté plus facilement que je ne le pensais”* (M3).

En fonction des cabinets et des types de pratiques, les réactions étaient différentes. Pour les praticiens installés depuis le plus longtemps, les réactions initiales ont été mitigées

“*au début les patients étaient un peu septiques*” (M9). Certains l'ont expliqué par le fait qu'une relation de confiance mettait du temps à se construire “*C'est une question de confiance*” (M9), d'autres précisaient aussi que, à l'inverse de l'hôpital où les étudiants sont omniprésents, le choix du MT est un droit du patient qui peut parfois avoir du mal à accepter qu'on lui impose la présence d'une autre personne “*Certains patients restent très attachés à leur médecin traitant (...) c'est différent de l'hôpital où les patients sont soignés par des internes (...) ils n'ont finalement pas le choix et ils ne posent pas de question. En cabinet de ville cela prend un plus de temps à être accepté*” (M7).

Dans les zones de désert médical, la présence des étudiants SASPAS semblait mieux acceptée par les patients qui voyaient cela comme une chance de faire venir de potentiels nouveaux médecins “*les patients sont contents et disent « c'est bien il faut de la jeunesse »*” (M4). Cet argument était d'ailleurs souvent repris par les MSU “*c'est cela qui va faire venir des médecins. C'est de notre responsabilité à tous de faire connaître ces territoires-là*”, “*C'est un discours qu'ils entendent car là où je travaille on est en manque de médecin cruel*” (M4).

Les patients consultant en MSP étaient plus habitués à voir d'autres médecins que leur généraliste et étaient moins opposés à consulter les étudiants SASPAS “*c'est beaucoup plus accepté qu'autrefois et surtout maintenant avec la MSP (...) ici c'est un lieu de formation des étudiants. Lorsque je ne suis pas là, mes patients vont consulter mes collègues où il y a également des étudiants. Ils sont habitués*” (M5), “*Il y en a une grosse partie qui sont neutres et qui viennent juste consulter (...) si je ne suis pas là ou complet mes patients ont la possibilité d'aller consulter mes collègues*” (M7).

De plus, même certains patients initialement réticents, finissaient par apprécier les consultations avec l'étudiant SASPAS “*ceux qui étaient un peu réticents initialement, font la*

*réflexion après avoir vu le SASPAS que finalement ils sont contents de la consultation et que cela s'est très bien passé*" (M7). Plusieurs réflexions de patients laissaient à penser que le regard nouveau que pouvait apporter l'étudiant SASPAS était parfois plaisant et qu'ils se sentaient parfois plus écoutés *"les patients apprécient d'être parfois plus examinés."*(M9), *"l'étudiant est peut-être plus à l'écoute que le médecin traitant et prend plus de temps pour les examiner."* (M2), *" Ils apprécient énormément la prise en charge par les internes. Ils trouvent que la prise en charge est très attentionnée, qu'ils sont examinés et qu'on est à leur écoute"* (M8). Certains patients se sentaient également impliqués dans la formation des étudiants et appréciaient leur regard extérieur *"cela les rassure, ils ont l'avis de deux médecins et pas d'un seul."* (M5), *"l'impression de participer à l'effort de guerre"* (M4).

Cependant il était difficile de généraliser les situations. Chaque consultation était différente et chaque relation spécifique. Ainsi, les MSU interrogés nous ont rapporté que les avis de leurs patients évoluaient tous les six mois en fonction de l'interne en SASPAS *"Les réactions évoluent tous les 6 mois avec le renouvellement des internes je dirais "* (M1), *"ils font des appréciations sur la personne qu'ils ont en face d'eux donc cela dépend des SASPAS et des personnalités"* (M6), *" Cela dépend du profil, de la personnalité et de l'histoire du patient "* (M2). Lorsqu'une consultation se passait mal avec un interne SASPAS, il était ensuite difficile pour les patients de refaire confiance à un étudiant *"Il m'est arrivé qu'on me dise « celui-là vous ne le prenez plus jamais » "* (M6), *" quand cela se passe mal avec un interne cela fait des dégâts et après, ils ne veulent plus voir les internes. Et le bouche à oreilles fonctionne très bien"*(M1).

Enfin, de l'avis général, même si les patients restaient ouverts aux consultations avec l'étudiant SASPAS, ils faisaient souvent la remarque qu'ils avaient l'impression que leur MT

était moins présent pour eux : *“Je n’ai pas trop de commentaires négatifs mais les patients préfèrent quand même quand c’est moi (...) on dit parfois que je ne suis jamais là”* (M10), *“des fois, ils râlent parce que il y a toujours quelqu’un d’autre et qu’il ne peuvent plus nous voir tranquillement juste nous”*(M1), *“ j’ai certaines réflexions « vous n’êtes jamais là » ”* (M8), *“J’ai eu une ou deux fois des remarques de patients « oui docteur c’est dur de vous voir » ”* (M4). A noter que dans certaines périodes particulières, les patients ressentaient le besoin de voir leur MT, personne qu’ils connaissaient et en qui ils avaient confiance. Un des médecins a notamment évoqué cette atmosphère particulière au moment du covid *“ certaines périodes un peu difficiles, notamment juste après la COVID ou les gens voulaient me revoir plutôt moi”* (M8), un autre a, quant à lui, évoqué les quelques jours avant son déménagement *“certains sont déçus (...) lorsqu’ils ont su que je quittais le cabinet et qu’ils ne pourraient pas me revoir.”* (M4).

Ainsi, les retours des patients faits à leur médecin généraliste sur la présence des étudiants en SASPAS étaient plutôt positifs. Certains se sentaient plus à l’écoute et appréciaient que l’on prenne plus de temps pour les examiner, d’autres se sentaient impliqués dans la formation des étudiants. Cependant ces propos sont à modérer en fonction de chacun et de la relation spécifique qu’ils nouaient, ou pas, avec l’étudiant. Ces retours évoluaient tous les semestres ce qui peut expliquer que les patients ressentaient le besoin de revoir régulièrement leur médecin traitant, figure de stabilité.

## D. Présence d'un tiers dans la relation de soin

### a) *Difficultés de certaines consultations avec l'interne SASPAS*

Si les connaissances scientifiques et les thérapeutiques peuvent s'apprendre dans les livres, savoir s'adapter aux différentes consultations et à chaque patient ne s'acquiert que par l'expérience. Certaines situations restent difficiles même pour les plus expérimentés des médecins et nécessitent, souvent, plus une confiance réciproque entre le patient et son généraliste que des connaissances médicales « pures ». Ce sont ces cas de figure où la présence d'un étudiant SASPAS devient difficile.

Les MSU interrogés préféreraient s'occuper eux-mêmes des patients consultant pour « problèmes psychologiques », afin d'éviter que le patient n'ait à réexpliquer son histoire à chaque nouvel intervenant : c'était les situations de dépression qui étaient le plus souvent rapportées, “ *Sur les problèmes psychologiques surtout* ” (M9), “ *les situations de dépression où j'essaie d'éviter les changements de médecin trop souvent.* ” (M1), “ *Les situations de dépression quand les patients n'ont pas envie de tout réexpliquer leur historique* ” (M6). On retrouvait aussi les burn-out et les « sujets intimes », “ *les arrêts de travail longue durée, ou les difficultés psychologiques ou de burn-out. Les patients préfèrent alors en discuter avec moi car je connais l'histoire et qu'ils n'ont pas envie de tout réexpliquer* ” (M8).

Certains médecins ayant une part importante de patients mineurs, rapportaient également que certaines consultations nécessitent une confiance mutuelle avec les patients qui s'est construite sur des années de suivi. Étaient alors décrites les situations faisant intervenir les centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile) “ *Le domaine de la protection d'enfant ou des enfants avec des déficits de l'attention ou avec des troubles du comportement sont les*

*plus délicats ...” (M4), “ suspicions de maltraitance (...). Ce sont des situations où si je perds des consultations je perds des chances d’avancer sur la situation ” (M1).*

Dans ce contexte où la relation de soin prime pour une prise en charge adaptée, on retrouvait également les consultations d’annonce de mauvaise nouvelle (découverte de maladie grave...), “ *L’annonce de maladie grave, d’un cancer ou une personne en échappement thérapeutique sur des pathologies chroniques* ” (M2). Le domaine de la sexualité et de la gynécologie était aussi évoqué, “ *les situations gynécologiques et les premières consultations de prescription de contraception chez la jeune femme* ” (M6), “ *Les problèmes gynécologiques parfois (...) Je me rappelle également d’un patient avec un problème de dysfonction érectile ou le patient n’osait pas s’exprimer* ” (M5).

Enfin, certains MSU aimaient, parfois, continuer à suivre eux-mêmes certains dossiers notamment quand ils étaient à l’origine d’une prise en charge spécifique “ *j’ai déjà commencé un suivi particulier avec des bilans complémentaires* ” (M3).

Cette question avait pour but d’identifier les motifs de consultations pouvant être difficiles pour le patient et l’étudiant SASPAS pour essayer de les regrouper et de les analyser ultérieurement. Cependant, la presque totalité des MSU interrogés nous a précisé qu’il était difficile de généraliser les cas. Au final, chaque patient est spécifique et la réflexion de la consultation avec l’interne se faisait au cas par cas “ *C’est plutôt sur des patients en particulier* ” (M3), “ *C’est une question de feeling* ” (M2). De plus, ils expliquaient que s’ils préféraient voir eux-mêmes ces différentes situations, ce n’était pas par doutes sur les capacités des étudiants SASPAS mais pour le bien-être de leurs patients, “ *pas parce que je ne fais pas confiance au SASPAS mais parce que ce sont des consultations particulières où il y a un suivi particulier* ”(M2).

b) *Apports de la présence de l'étudiant SASPAS à certaines prises en charge*

La présence d'un étudiant en SASPAS a, parfois, facilité l'approche de certains patients. Comme nous l'avons vu, la relation de soin est spécifique à chacun et l'apport d'un nouveau visage à la consultation pouvait être bénéfique.

Tous les MSU se sont rappelés d'au moins un ou une patiente avec qui l'étudiant a noué des liens particuliers permettant de délier une situation devenant difficile *“plusieurs patients qui, parfois, se confient seulement au SASPAS. Je me rappelle notamment d'une ou je suspectais un traumatisme quelque part et c'est seulement la SASPAS qui a réussi à communiquer et on n'en a plus jamais entendu parler après”* (M1), *“ elles avaient eu des discussions assez profondes (...). J'ai été agréablement surprise car c'est une patiente assez renfermée en général, avec qui le dialogue est difficile”* (M4), *“ quand il s'agit d'une SASPAS il y a parfois des sujets qu'ils n'ont pas évoqué avec moi et qui sont alors abordés”* (M5).

Pour certains généralistes, les étudiants SASPAS apportaient une nouvelle approche, un nouveau regard (sur la gynécologie par exemple pour les médecins homme accueillant des étudiantes SASPAS), *“ Je fais peu de gynéco, donc quand il s'agit d'une SASPAS (...), les patients peuvent évoquer certains sujets qu'ils évitent avec moi ”* (M5). Leurs présences permettaient également d'augmenter l'offre de soins, à la fois par choix du médecin et par l'ouverture de nouveaux créneaux d'accueil, *“ On est là pour prendre en charge la population en général et si elle peut faire des choix c'est une bonne chose ”* (M5), *“ le fait d'accueillir un SASPAS en plus m'a permis d'ouvrir le cabinet le mercredi alors qu'avant j'étais fermée (...)* *Ils voient plutôt cela comme un service ”* (M8).

De façon générale, les MSU ne prenaient pas mal le fait qu'un patient s'ouvre plus aux étudiants et trouvaient au contraire que c'était valorisant. Les patients pouvaient alors trouver une personne « neutre » à qui se confier, ce qui permettait d'améliorer leur prise en charge “ *J'ai été agréablement surprise (...) Je n'ai pas été vexée au contraire* ” (M4), “ *le fait de parler à quelqu'un que l'on ne connaît pas peut parfois faciliter la parole. Non cela ne m'a pas dérangé. Je pars du principe que « Mes patients » sont « Des patients ». Je n'ai aucun sentiment de possessivité* ” (M9), “ *Je trouve cela bien* ” (M10).

### c) *Supervision de l'étudiant et information du patient*

Le SASPAS est une immersion des étudiants qui sont mis directement en situation réelle de consultation. Cela implique qu'ils consultent seuls. Les patients confondent souvent l'étudiant avec un remplaçant. Il faut cependant savoir faire la différence puisque le terme étudiant sous-entend apprentissage. Comme le praticien ne consulte pas avec lui la journée, la loi impose un système de supervision avec débriefing systématique le soir où chaque situation vue la journée est analysée. Cette discussion entre le MSU et l'interne est primordiale à la fois pour que « l'élève » puisse progresser mais aussi pour éviter certaines erreurs de prise en charge des patients.

Certains praticiens ont fait la remarque que, pour eux, l'enseignement qu'ils apportaient à leurs étudiants SASPAS était moindre par rapport à celui donné à leurs autres étudiants “ *je trouve personnellement que c'est au SASPAS que l'on transmet le moins* ” (M3).

Les patients, quant à eux, n'étaient pas toujours informés de ce système de débriefing. La plupart des MSU ont avoué ne pas l'évoquer systématiquement “ *Je ne l'explique pas à chaque patient (...) Ils ne sont pas tous au courant* ” (M4), “ *Moi, je l'ai peut-être précisé une ou deux fois seulement* ” (M7), “ *Les patients ne sont pas systématiquement mis au courant qu'il y a un débriefing* ” (M9). Quelques praticiens précisait bien que les consultations étaient revues mais ne s'étendaient pas sur le mode de supervision “ *Je leur dis bien que je serai au courant de la consultation puisqu'on en discutera le soir avec le SASPAS mais je ne me suis pas trop étendu sur la façon dont le débriefing était fait* ” (M6), “ *Ils savent que l'on revoit les dossiers mais ils n'en savent pas plus* ” (M10).

Les patients qui étaient au courant de cette supervision étaient surtout ceux ayant été rappelés par la suite pour corriger une prise en charge “ *Seuls ceux que l'on a rappelés sont au courant* ” (M9), “ *je ne suis pas sûr que les patients le sachent ou qu'ils oublient sauf ceux qui ont nécessité un suivi particulier ou que l'on a rappelé* ” (M8). Finalement, peu de patients ont posé directement la question “ *Les patients ne posent pas forcément de questions* ” (M6), “ *on ne m'a pas posé la question* ” (M10).

De façon assez contradictoire, bien que ce point ne soit pas forcément mis en avant, les MSU ont remarqué que, lorsque les patients se rendaient compte que leurs médecins étaient finalement au courant de la consultation, cela les sécurisait, “ *parfois ils s'en rendent compte car quand je croise les patients dans le village je sais ce qui s'est passé à la dernière consultation, ce qui les rassure énormément* ” (M5), “ *C'est aussi pour cela que chez moi ça se passe bien et qu'il y a une bonne fluidité dans les rendez-vous et que les gens ne sont pas réticents (...) donc quand les patients reconsultent ils savent que je suis au courant de ce qui s'est passé. Je pense que c'est important qu'ils ressentent qu'il y a une transmission des*

*données ”(M8). Pour tous, c’était surtout une question de confiance “ je leur avais bien dit que si je m’en allais c’est que j’avais confiance ” (M6), “ Il y a de la confiance. On part du principe que c’est un étudiant et que je suis là pour rectifier le tir” (M9), “ ils savent que c’est sous ma responsabilité et mon regard de médecin ” (M4).*

Cela a pu aussi être un argument mis en avant face aux patients les plus réticents “ *C’est un argument que j’ai pu dire à certains patients qui étaient un peu réservés ” (M4), “ Ceux qui sont dans l’opposition je leur dis (...) pour ceux qui sont un peu réticents, le fait de leur dire que je suis là et joignable les rassure et ils acceptent ensuite mieux la consultation avec le SASPAS ” (M2), “c’est plutôt le SASPAS qui le précise dans la consultation et qui va essayer de rassurer les patients un peu récalcitrants” (M7).*

#### E. Impact sur la relation de soin

##### a) *Perception du médecin généraliste sur la relation avec sa patientèle*

Au fur et à mesure de son exercice, le médecin crée un lien avec le patient. Cette relation n’est pas innée et nécessite du temps et de l’entretien. Ceci est d’autant plus vrai pour les médecins généralistes souvent considérés comme « médecins de famille ». Outre le fait que cette relation de soin rend le métier de médecin passionnant, la confiance et l’adhésion des patients qui en découlent sont nécessaires à une bonne prise en charge. L’étudiant SASPAS ne devient-il pas, dans ce contexte, une personne en trop, pouvant entraver la communication médecin-patient ?

Pour la très grande majorité des MSU interrogés, leur relation de confiance avec les patients est restée la même, “ *Non, je n’ai pas l’impression que cela ait changé grand-chose* ” (M7), “ *ma relation profonde est restée la même avec mes patients* ” (M6). Certains médecins, installés depuis un certain temps et ayant développé un lien particulier en ont même été surpris “ *J’ai une relation assez fusionnelle avec mes patients (...) Pour moi il n’y a pas eu de changement.* ” (M3).

A l’inverse de l’étudiant en SASPAS qui n’influçait pas de façon significative l’équilibre construit au cours des années, les réflexions n’étaient pas les mêmes en ce qui concernait les étudiants de phase socle ou en stage santé de femme et de l’enfant. Ces derniers, présents pendant la consultation avec le médecin traitant, semblaient avoir plus d’impact :

- **Parfois positif** : “ *la consultation est différente avec un interne que seul : on discute plus du cas, on réfléchit aux diagnostics différentiels, il y a une discussion qui s’établit devant le patient. Cette discussion plaît aux patients qui se rendent compte que, finalement, on raisonne avant de dire quelque chose. Quand on est seul ce raisonnement n’apparaît pas (...) cela les rassure, ils ont l’avis de deux médecins et pas d’un seul.* ” (M5).

- **Parfois négatif** : “ *le fait de recevoir des étudiants tout court peut faire que les conversations avec les patients sont parfois moins profondes en présence d’un tiers (...). Après pour le coup avec les SASPAS ce n’est pas encore la même situation puisque je ne suis pas avec elles en consultations*” (M4), “*Le SASPAS je ne trouve pas non, l’étudiant en pédiatrie oui car il est à côté tout le temps et c’est plus compliqué d’être à deux*” (M1).

Certains MSU rapportaient que l’accueil d’étudiants leur avait apporté une légitimité aux yeux de leurs patients “ *Je trouve qu’ils nous respectent plus. Ils se disent que si on est*

*capable d'enseigner et que si la fac nous confie des étudiants alors on est encore apte. Ce rôle d'éducation est rassurant ” (M5), “ ils pensent que c'est une bonne démarche (...) Je trouve que ça a plutôt renforcé les liens, quand on se voit c'est agréable et positif ” (M8), “ ils me voient un peu plus comme une maître de stage. Moi je trouve que cela apporte une certaine légitimité (...) ils voient bien que je me démène contre la pénurie de médecins en faisant venir des jeunes ”(M8).*

Comme l'a évoqué un sujet interrogé, il pouvait parfois être difficile de faire la différence entre son ressenti personnel et celui du patient “ *C'est vrai que pour les médecins on voit la présence d'un SASPAS comme quelque chose de positif pour le patient (...) on a l'impression que les patients voient deux médecins mais ce n'est pas toujours perçus de la même manière par les patients* ” (M8). Même si les MSU interrogés trouvaient que la relation de soin n'était pas impactée par l'étudiant SASPAS voire parfois renforcée, tous ont eu des réflexions négatives de patients ne les trouvant pas assez présents “ *certaines nous font la remarque « on aurait voulu vous voir ... » ” (M8), “ certains patients me font quelques remarques « ah docteur, c'était encore votre remplaçant » ” (M9), “ les patients préfèrent quand même quand c'est moi. J'ai des retours par des bouts de couloirs qu'on dit parfois que je ne suis jamais là mais bon ” (M10).*

Ces propos sont à modérer en fonction du type d'exercice (MSP, seul) et surtout du temps entre le début d'installation et l'accueil des internes “ *Moi je n'ai pas ressenti de grand changement (...). Après c'est vrai que j'ai commencé à prendre des internes assez rapidement (...) Cela doit jouer aussi. Ce n'est pas comme la personne qui avait une patientèle depuis 20 ans et qui prend des SASPAS. Là ça a été un peu d'emblée ” (M2).*

b) *La continuité des soins est-elle modifiée ?*

Si la relation de soin est très importante dans la pratique de la médecine générale, la continuité des soins l'est tout autant. Elle fait d'ailleurs partie de la définition de l'exercice médical et est un devoir du médecin.

Le médecin traitant a d'ailleurs souvent le rôle de coordinateur des soins. Il est le référent chargé du dossier de son patient et souvent l'interlocuteur privilégié pour les médecins spécialistes. La force de la médecine générale réside dans cette possibilité d'un suivi régulier qui s'étend dans la durée. On comprend que l'intervention d'un étudiant SASPAS peut influencer cet équilibre. Continuer à assurer un suivi cohérent et fluide est, pour les MSU, une obligation qu'ils ont à cœur de tenir. C'était d'ailleurs souvent une étape nécessaire pour que les patients acceptent les étudiants en SASPAS et cela passait par un débriefing systématique *“je m'attache vraiment à faire un débriefing complet pour que le suivi soit vraiment fluide. C'est vraiment cela qui a permis que ce soit bien accepté ”* (M8), *“c'est pour ça que le débriefing le soir est important ”* (M7), *“ Si les choses sont bien organisées, il n'y a aucune raison que cela se passe mal (...). Et de toute façon on revoit systématiquement toutes les consultations avec le SASPAS ”* (M3)

La plupart des MSU trouvaient que, malgré la présence de l'étudiant SASPAS, la continuité des soins était assurée et que les patients n'en ressentaient pas l'impact *“ Sur la continuité des soins non pas forcément ”* (M7), *“ Dans la prise en charge des patients je dirai non (...). Je pense que pour les patients cela n'influence pas leur prise en charge ”* (M1). Certains nous avouaient que, pour que cela se passe bien, il fallait une rigueur de travail

quotidienne qui pouvait, parfois, être difficile, “ *pour nous c’est plus fatiguant car il faut tout reprendre à chaque fois* ”(M1), “*Je passe systématiquement à la fin des consultations*” (M8), “*C’est vrai qu’après si on doit repasser derrière c’est plus compliqué* ” (M2).

Si les généralistes mettaient un point d’honneur à assurer un suivi médical des patients qui soit fluide et cohérent, ils estimaient que l’étudiant SASPAS devait aussi contribuer à cet effort “ *si le SASPAS a bien écrit et détaillé la consultation il n’y a pas de réel impact sur la suite de la prise en charge, on peut alors rebondir facilement* ”(M6), “*Tout dépend de la qualité du SASPAS et de sa manière de consulter. Si le SASPAS connaît bien, sait aller chercher l’information cela se passe très bien.*” (M2), “ *finalement, cette continuité des soins se fait par le SASPAS car s’il y a une modification à faire c’est lui qui rappelle le patient après qu’on ait revu les cas* ” (M7), “*Sur certaines pathologies j’aime bien que le suivi se fasse par le SASPAS (...) notamment lorsque c’est ce dernier qui initie une prise en charge ou un traitement ou quand un lien se noue avec le SASPAS (situation de dépression...). Ce sont ces situations de suivi sur plusieurs mois qui sont finalement les plus intéressantes pour le SASPAS* ” (M3).

De façon générale, les avis recueillis étaient plutôt positifs. Une des remarques principales qui ressortait de cette question était que le SASPAS apportait un nouveau point de vue qui enrichissait les prises en charge “ *cela rend les situations plus intéressantes. C’est un enrichissement car les jeunes médecins ont souvent d’autres idées que nous*” (M5), “*c’est intéressant car le SASPAS apporte une vision différente* ”(M7), “ *je trouve que au contraire cela apporte un plus d’avoir un autre avis, un autre point de vue*”(M10). Un des MSU a fait la réflexion intéressante que, la force du médecin traitant, est sa connaissance de ses patients

*“et surtout je connais mes patients (...). Là cela risque de changer dans mon cabinet car ce sont des nouveaux patients (...), je pense que ça va être un peu plus difficile” (M4).*

C’est pour le suivi des pathologies chroniques où la présence de l’étudiant SASPAS pouvait être plus impactante, *“c’est plus compliqué, par exemple l’hémoglobine glyquée chez un diabétique : si le SASPAS oublie de la redemander trimestriellement ça ne va pas changer grand-chose à sa prise en charge mais ça peut être embêtant par la suite, comme pour l’INR” (M2), “Non, car il y a finalement très peu de patients que je vois de façon très régulière (...) il y a deux trois patients que je vois une ou deux fois par mois” (M4).* Il pouvait arriver aussi que les patients profitent d’avoir un étudiant face à eux pour essayer d’en tirer des avantages *“une patiente qui souhaitait une prolongation d’arrêt de travail. C’est sûr qu’avec moi elle ne l’aurait pas eu.”(M3), “certains patients qui ne consultent que les SASPAS pour brouiller les pistes et où là c’est une perte de chance je trouve : par exemple les patients qui veulent des renouvellements trop fréquents de benzodiazépines ou les patients diabétiques qui ne font jamais leurs prises de sang d’hémoglobine glyquée...” (M1).*

Assurer la continuité des soins nécessite, aux MSU mais aussi à leurs internes SASPAS, un investissement quotidien et une rigueur de travail. Mais comme l’avait souligné un des sujets interrogés *“C’est aussi cela qui permet au SASPAS de progresser ”(M3).*

## F. Impact de l'étudiant SASPAS dans la pratique du médecin généraliste

Qu'elle soit perçue comme positive ou non par les MSU et les patients, la présence de l'étudiant en SASPAS est rarement neutre.

Accepter d'être maître de stage c'est vouloir participer à la formation des étudiants. Chaque MSU a la volonté de transmettre les valeurs, connaissances et expériences acquises au cours de leur pratique de l'exercice médical. Pour eux, il est important de mettre les étudiants face à la réalité des consultations et de leur montrer ce que les livres ne peuvent transmettre. Pour certains, il s'agit d'apprendre à s'adapter aux différentes consultations et aux patients difficiles *“c'est intéressant pour le SASPAS d'être confronté à certains patients un peu réticents. Cela leur apprend à ne pas tout prendre au premier degré, à essayer d'approcher les patients d'une autre manière et d'essayer de percer leur carapace...”* (M2). Pour d'autres, la valeur de ce stage réside dans sa durée. A l'inverse des stages de santé de la femme et de l'enfant qui sont d'une durée de 3 mois chez le praticien, le stage SASPAS, lui, est de 6 mois. Cela permet d'initier des nouvelles prises en charge diagnostics et ou thérapeutiques, de revoir les patients, recueillir les résultats dans un objectif de continuité des soins *“A ce moment-là c'est le SASPAS qui met en place le suivi et cela devient « son patient ». Sur certaines pathologies j'aime bien que le suivi se fasse par le SASPAS (...) notamment lorsque c'est ce dernier qui initie une prise en charge ou un traitement ou quand un lien se noue avec le SASPAS (situation de dépression...). Ce sont ces situations de suivi sur plusieurs mois qui sont finalement les plus intéressantes pour le SASPAS.”* (M3). Enfin, quelques MSU veulent faire oublier aux étudiants la théorie pure et leur apprendre à réfléchir par eux-mêmes, *“Je dis souvent au SASPAS que « je ne suis pas là pour vous former mais je suis ici pour vous*

*déformer car vous êtes formaté. Utilisez votre tête et connaissez votre pharmaco plutôt que les recommandations ».*”(M9).

Si les stages ambulatoires apportent indéniablement un plus et un renouveau pour les étudiants de médecine générale, ces derniers contribuent également à améliorer les pratiques des MSU interrogés. Les praticiens prennent à cœur leurs rôles de formateurs. Pour eux, accueillir des étudiants c'est avoir une rigueur de travail, accepter de se remettre en question et prendre régulièrement le temps d'actualiser leurs connaissances *“Cela nous oblige à plus réfléchir, à rester à jour. Il ne faut pas oublier que vous, les étudiants, vous nous apportez beaucoup aussi. Nous on vous apporte une façon de travailler ...”* (M3), *“je pense qu'accueillir des internes m'oblige à rester carré dans ma pratique, dans ma réflexion pour pouvoir expliquer mes prescriptions et prises en charge, et ma conduite à tenir”* (M4), *“Par rapport à ma pratique c'est plus cela, me remettre plus en question sur ce que je transmets et ce que je prescris.”* (M2), *“il faut faire attention à ce qu'on dit et fait. Et heureusement, c'est aussi un des buts de la formation. Cela permet parfois de remettre certaines connaissances ou habitudes qui ne sont pas bonnes ”* (M7).

Les étudiants en SASPAS apportent aussi, avec eux, de nouvelles connaissances médicales *“cela m'a permis d'apprendre certaines choses (...), des nouveautés et de nouveaux examens que je ne connaissais pas.”* (M9), *“ Parfois le SASPAS m'apporte de nouvelles informations sur les dernières recommandations ”*(M4), *“en termes de connaissance, je suis parfois surpris de la connaissance des étudiants sur certaines maladies,*

*notamment celles un peu rares, dont on n'a pas l'habitude et que j'avais oublié. C'est un rappel et l'interne nous permet une formation professionnelle.” (M5).*

Outre les connaissances scientifiques pures, les étudiants peuvent faciliter la vie de certains praticiens avec la découverte de nouveaux moyens, notamment informatique, *“Oui, j'ai progressé. Il y a des zones d'ombre de l'ordinateur et de mon téléphone qui ont disparu” (M5), “vous amenez également des nouveaux moyens de travailler comme par exemple internet et antibiocliv que je ne connaissais pas.” (M3), “ le SASPAS, m'apporte également des connaissances notamment sur certains sites médicaux ou logiciels comme PEDIADOC” (M6).*

Pour conclure, les MSU interrogés ne regrettent pas le choix d'accueillir des étudiants et ne souhaitent pas revenir à leur ancienne pratique *“au total je ne regrette pas et je n'arrêterai pas. La transmission du travail est super intéressante” (M3), “ Moi je n'en tire que du positif et je ne reviendrai pas dessus.” (M7)* et certains patients semblent du même avis : *“ les patients sont plutôt habitués et me font plutôt la réflexion quand je suis seul avec un « petit reproche » (...) Ils sont plutôt déçus quand je suis seul (...) Ils sont même désabusés quand je n'ai pas d'étudiant.” (M5).*

### 3. Analyse des résultats patients

#### A. Des patients confrontés à l'interne en SASPAS chez leur médecin traitant

##### a) *Image et représentation du médecin généraliste*

D'après la définition du dictionnaire "L'internaute", le médecin généraliste est le :

**« Docteur chargé des soins médicaux généraux. Le médecin généraliste est généralement le premier consulté en cas de problème de santé. Il effectue le suivi durable et régulier de ses patients ».**

Mais que représente réellement le médecin traitant pour ses patients ?

Pour la plupart des patients on retrouvait cette notion de première personne à consulter pour un souci de santé : " *c'est le médecin référent* " (P3), " *Mon médecin généraliste pour moi c'est le médecin vers qui je vais au moindre pépin de santé. C'est lui à qui je fais appel en premier*" (P4), ou encore " *chaque fois que j'ai un souci de santé c'est la première personne que je contacte et que je vais voir*" (P 13), " *C'est le référent choisi à un moment donné et qui vous suit sur le long terme. C'est lui que vous allez voir quand il y a un souci car il a le dossier car il vous a vu plusieurs fois et car il vous connaît au préalable.*" (P16). Souvent le médecin généraliste était pour ses patients la personne référente qu'ils consultaient pour un avis initial. Ce dernier pouvait ensuite les aiguiller vers les médecins spécialistes si nécessaire : " *Il représente pour moi une bouée de sauvetage. Quand on a quelque chose, on va chez le médecin. En principe, on passe toujours chez le généraliste et si ce n'est pas dans son rayon il nous dirige vers le spécialiste.*" (P2), " *Et s'il y a quelque chose, elle nous envoie chez les spécialistes.*" (P13).

Associé à cela, beaucoup exprimaient les différentes qualités de leur médecin généraliste "*(..) sait écouter, qui agit bien*" (P7), "*bon docteur que j'aime beaucoup et qui a fait beaucoup de choses pour moi*"(P8), "*elle est beaucoup à l'écoute, elle m'a beaucoup aidé. Elle a toujours été là pour moi*"(P5). La qualité d'écoute, de compétence, de patience, de sympathie, de disponibilité ressortait le plus souvent. Ils expliquaient que c'est une personne en qui ils ont une entière confiance. "*Je lui fais confiance, je l'ai vu exercer*" (P6), "*représente une personne de confiance*" (P12).

Pour un seul patient, la notion de médecin traitant a changé au cours des années, avec une sensation de perte de ce médecin de famille, de ce confident, dans une médecine qu'il trouve rapide et impersonnelle. "*(...) je n'ai pas de relation plus que médicale avec le docteur X. contrairement à mon ancien médecin. Avec mon ancien médecin, on était ami, il me suivait depuis 1975. On avait un bon contact et quand il ne travaillait pas, on allait dans sa résidence secondaire (...). Mais c'était aussi côté médecin, vous savez, l'ancien système... Un nouveau patient qui venait, il voulait savoir beaucoup de choses sur sa famille. Maintenant on ne prend plus le temps de discuter, en principe une consultation c'est cinq ou sept minutes (...). Il y a des questions que je voudrais poser mais le médecin se lève et voilà. Pas seulement le docteur X, je suis suivi à l'hôpital par un urologue et il est encore pire.*" (P2).

Au cours du recueil de données sur cette question il ressort trois types de relations entre le médecin et son patient :

- Une relation purement médicale où le médecin généraliste représentait seulement la personne chez qui l'on va lorsque l'on a un souci de santé et lors de la consultation est évoqué uniquement le problème aigu pour 6 patients / 17 interrogés "*J'ai une relation*

*vraiment que médicale avec lui" (P10), "Pour moi c'est le médecin référent mais je n'ai pas de relation plus que médicale avec lui." (P3).*

- Sept patients sur 17 évoquaient leur relation comme une **relation de soins** : relation médicale avec parfois au cours de la conversation des réflexions brèves sur la société, la famille "représente quelqu'un avec qui on peut parler de sujets médicaux et un peu psychologiques aussi. Pas de relation plus que médicale mais je vais lui parler de ma famille par exemple." (P15) ou "la relation est médicale mais ça ne m'empêche pas de lui demander comment il va. (...) Ce n'est pas qu'un médecin c'est aussi une personne qui a un ressenti et souvent on ne demande jamais au médecin comment il va ou on a l'impression qu'ils sont juste là pour nous traiter et aurevoir. Ce n'est pas des personnes qui sont juste là pour nous guérir." (P6), "Relation de santé mais parfois on discute de la société, de la vie courante pour détendre l'atmosphère surtout avec la pandémie actuelle." (P4), "elle était très à l'écoute donc on a un peu dépassé le cap enfin non c'était une consult où on a pris le temps mais on a parlé de ça mais je lui demande comment elle va. On parle des enfants, des vacances de choses et d'autres. Ce n'est pas uniquement le technicien médical quoi. Mais on ne va pas manger ensemble et boire un coup" (P16).
- Certains patients interrogés, non majoritaires (4/17), déclaraient avoir développé une **relation profonde** avec leur praticien. On remarque que ces liens sont renforcés par la durée de suivi et/ou lorsqu'il y a eu un événement important (maladie chronique grave, cancer, grossesse difficile...). "Je crois que oui que l'on a une relation plus que médicale. Je l'aime beaucoup et je crois que c'est réciproque. Je me confie beaucoup à elle." (P8), "On se connaît même en dehors du cabinet depuis le temps c'est le médecin de famille et on connaissait déjà son père à l'époque" (P12), "ma relation je ne sais pas si je vais vous répondre c'est privé. Mais je m'entends très très bien avec lui" (P7).

*b) Pour le patient qu'est-ce qu'un étudiant en SASPAS ?*

Le patient est de plus en plus confronté dans les cabinets de médecine générale à la formation d'étudiants de différents niveaux (phase socle / approfondissement avec le stage pédiatrie et gynécologie / le SASPAS) avec la généralisation des stages ambulatoires.

Mais le patient sait-il ce que cela signifie et faire la différence entre les niveaux ?

Sur les entretiens réalisés, la majorité (14/17) **ne savaient pas** exactement ce qu'était un interne ou un étudiant en SASPAS. La notion d'interne reste souvent un peu **floue** pour les patients, bon nombre de participants **confondent les internes avec les remplaçants.** " *Un étudiant en SASPAS ? C'est un remplaçant ?*" (P4), " *Non je ne sais pas ce qu'est un étudiant SASPAS, on ne m'a rien dit là-dessus* (P2), " *Non je ne sais pas, mais on m'a expliqué que c'est quelqu'un qui est là pour apprendre*"(P6), " *Non je ne sais pas vraiment c'est un stagiaire ?*" (P11).

De plus, de nombreux amalgames entre les différents niveaux d'études et différents types d'internes ont été faits notamment dans les cabinets qui reçoivent plusieurs niveaux. " *Ce sont des étudiants ? Souvent quand je dois consulter il y a des internes, seuls, qui me reçoivent. L'année dernière la docteure avait un étudiant assis à côté d'elle mais la semaine dernière il y avait un autre étudiant mais seul*" (P5), " *Je ne sais pas vraiment. Elle a toujours des assistants qui sont seuls et des assistants avec elle parfois*" (P8).

Peu de patients ont pu m'expliquer correctement ce qu'était un étudiant en SASPAS : leur source d'information venait du médecin, de la famille ou d'amis qui ont su leur expliquer ce rôle. D'autres patients plus curieux se sont renseignés sur internet. *"Oui tout à fait le docteur m'a expliqué"* (P1), *"J'ai regardé sur internet pour comprendre ce que cela voulait dire"* (P13)

Les différents statuts de l'étudiant au cours de son parcours étaient difficiles à comprendre pour le patient. Lorsqu'on leur demandait s'ils pouvaient donner la différence entre un étudiant dit « de premier niveau » versus un « étudiant de dernier niveau », la majorité arrivait à expliquer que cela variait suivant le niveau d'étude et le fait qu'il soit seul ou non. *"En général l'étudiant de dernier niveau doit être plus avancé dans les études mais je ne sais pas exactement comment cela fonctionne"* ( P13), *" Je pense qu'il a plus d'expérience mais je n'en sais pas plus"* (P15), *" En ayant des amis qui font médecine au Tchad je ne sais pas si c'est pareil en France : les premiers niveaux sont ceux entre la 1ere et 3eme et après en 5eme année ce sont des étudiants qui peuvent consulter seuls"*(P4) ou encore *"L'étudiant de 1er niveau ne peut pas rédiger d'ordonnance et il est à côté du médecin, il est juste là pour écouter"* (P6).

c) *Délivrance de l'information des consultations auprès de l'interne*

D'après les différents départements de médecine générale en France, le maître de stage est dans l'obligation d'informer la patientèle de la présence d'étudiants en médecine et de leur statut. En Alsace, la faculté de médecine remet aux MSU des affiches pour informer de la présence des différents étudiants et de leur niveau pour les salles d'attente. Qu'en retiennent les patients et ont-ils-reçu l'information ?

Pour une majorité des patients interrogés (soit 12 patients sur 17), ils ont été informés que ça ne serait pas le médecin traitant habituel qui consultera. " *Au secrétariat, ils le disent que ce ne sera pas le docteur.*" (P6). Mais peu étaient finalement au courant que c'était un étudiant en dernière année qui exercerait à la place. " *En principe, la secrétaire me le dit au téléphone avant. (...) Elle me dit quand Dr X consulte et quand il y a le remplaçant*" (P5).

En effet, dans la plupart des cabinets, la **secrétaire présentait l'interne comme un ou une remplaçante** : " *La première fois, je ne savais pas du tout que j'allais avoir un étudiant. C'était une matinée de consultation libre et la secrétaire m'a dit que c'était une remplaçante et m'a demandé si ça ne me posait pas de problème.*" (P3), " *Je ne savais pas que j'allais voir un étudiant on m'a dit juste avant que ça allait être une remplaçante*" (P14) ou encore " *Je ne savais pas que c'était un étudiant avant de consulter, la secrétaire m'avait dit remplaçante. Mais quand je suis rentrée dans le cabinet elle s'est présentée en tant qu'interne. (...) Il n'y a pas d'affiche dans la salle d'attente. J'ai juste été prévenu par la secrétaire que ce n'était pas mon médecin* " (15).

Certains patients ont été informés de la présence d'internes **par les affiches de la faculté** en salle d'attente ou sur la porte d'entrée " *En plus c'est affiché sur la porte et dans la*

salle d'attente " (P1), " Il y a des affiches aussi dans la salle d'attente qui expliquent que cette personne est habilitée à recevoir les patients et est un étudiant" (P6), "(...) a une affichette où est écrit qu'elle peut avoir un interne avec elle ou un interne seul" (P13). Cependant, peu de patients semblent avoir remarqué ces affiches. Parfois, les MSU le notifiaient aussi lors de la prise de rendez-vous sur leur **site internet** ou en **parlent directement** à leur patient" *Le docteur m'a expliqué et quand on prend rendez-vous sur internet s'est précisé. " (P1), " le médecin me le dit au début que je vais être vu par un tel et le présente" (P6), "Mais sinon on est au courant par la secrétaire ou son collègue, quand on appelle pour un RDV, qui me dit c'est l'interne est ce que ça vous ennuie ou pas ?" (P16).*

Pour quelques patients, **l'information n'avait pas été faite antérieurement** et c'est en arrivant dans le cabinet qu'ils se sont rendus compte que ce serait l'interne " *J'ai dit à la secrétaire : Dr X. Et j'ai patienté dans la salle d'attente. C'était une jeune femme en entrant dans le bureau elle m'a dit qu'elle était stagiaire (...) Mais avant on ne m'a pas demandé si je voulais ou non. " (P2), "Avant de consulter je ne savais pas que ça allait être un étudiant on ne me l'a pas dit avant c'est des sans rendez-vous."(P10). Avec cet oubli la consultation ne débute pas dans un climat serein. Le patient est étonné de voir la présence de l'interne. "Non je ne savais pas que c'était l'étudiante. J'avais appelé pour prendre rendez-vous chez Dr X. et on a la date et l'heure et après on est parfois surpris. C'est ça qui est embêtant parfois, parce que j'étais un peu déçu je lui ai dit" (P8).*

## B. La consultation avec l'interne en SASPAS

### a) *Motifs de consultation et contexte*

Les motifs de consultation avec les étudiants en SASPAS revenant le plus souvent concernaient des motifs jugés simples :

- **Pathologies aiguës** nécessitant une prise rapide de rendez-vous (grippe, covid, tendinite, lombalgie, gastro-entérite, douleurs abdominales...) :

" *C'était pour une toux, (..), pour un mal à la gorge ou un peu de tension l'étudiant est suffisant. (..) Mais personnellement pour quelque chose de vraiment profond j'aimerais avoir directement le médecin je n'ai jamais eu le cas encore.*" (P2), " *C'était pour une grosse grippe, une inflammation de la gorge il me semble*" (P9), " *C'était pour une tendinite du poignet il me semble* " (P10), " *c'était pour une gastro*" (P14), " *pour le covid donc j'en avais besoin assez rapidement* " (P15), " *pour un kyste ovarien avec douleurs permanentes et antécédents d'opération pour la même chose*" (P16)

- **Pathologie chronique simple et renouvellement d'ordonnance** (hypothyroïdie, HTA, diabète...)

" *c'était pour mon renouvellement pour le diabète*" (P3), " *C'était pour le renouvellement, ce n'était rien de particulier que j'avais*" (P8), " *Souvent pour renouvellement d'ordonnance ou douleurs au genou*" (P11)

- Renouvellement **d'arrêt de travail** pour maladie professionnelle :

" *ma tendinopathie en maladie professionnelle ou pour ma maladie chronique avec mes bronches*" (P17)

- Ou encore **accident de travail**

" C'était pour un suivi d'accident de travail : voir comment j'allais par rapport à mon genou. (..) et j'avais eu une infection urinaire aussi en même temps" (P6).

Aucun patient n'a évoqué des soucis de dépression, de maladie grave comme contexte de consultation (cancer, maladie dégénérative...). Certains patients préféraient voir le médecin traitant pour le suivi des pathologies chroniques mais n'avaient aucune opposition à voir l'étudiant pour des soucis aigus. " En général quand je vais voir l'étudiant c'est qu'il y a quelque chose justement, quelque chose de spécial. Sinon les renouvellements je les fais avec le médecin traitant, jusqu'à présent ce n'est jamais l'étudiant qui m'a renouvelé les médicaments." (P1).

#### b) Une consultation menée seule par l'étudiant

Le médecin généraliste n'est plus seul au cabinet. Depuis le début de la formation des futurs médecins généralistes dans les cabinets en ville, les patients sont de plus en plus amenés à voir des étudiants. L'étudiant SASPAS se retrouve alors seul face au patient.

Qu'en pensent les patients ?

La plupart des patients interrogés trouvaient cela positif que leur médecin généraliste accueille des étudiants et leur laisse réaliser des consultations seuls ce qui est le but du SASPAS. " Je trouve ça bien car ils apprennent. Je pense déjà qu'ils ont des notions pour être seul. Ils ne mettent pas un jeune étudiant qui fait à peine ses études." (P8).

Peu de patients avaient des a priori sur les compétences de base : *"Moi ça ne m'a pas posé de problème parce que tous ceux que j'ai vu savaient de quoi ils parlaient, je l'ai ressenti ils étaient sûrs d'eux. Que des bons retours. Et souvent le diagnostic était juste aussi"* (P6), *"Je pense qu'il a les capacités "* (P12). Ils estimaient que lorsque cela devenait des consultations compliquées ils préféraient avoir l'avis du MT. *"Un jour j'ai fait un malaise à la maison (..) j'ai été chez le Dr X. Là je suis content de l'avoir vu lui. (...) Mais si c'était le stagiaire je ne sais pas ce que j'aurai fait. J'aurais entendu ce qu'il me dit mais j'aurais demandé à appeler le Dr X. Mais tant que c'est clair et compréhensible pour un non-médecin ça me suffit. Je ne vais pas tout de suite prendre le prof à la place de l'élève"* (P2) ou encore *"avec les années je pense qu'ils savent faire pour un cas normal je veux dire pour des bobos disons. Pour un cas plus compliqué je ne pense pas."* (P7).

En parallèle, les patients se disaient rassurés que l'étudiant puisse faire appel au médecin traitant en cas de doute ou de question et ce, même pendant la consultation *" je sais maintenant que le soir ils font systématiquement une petite réunion où ils voient les patients du jour et je pense que si elle a un doute elle peut appeler le médecin qui est de toute façon présent sur place "* (P3).

Les patients voient de façon positive la présence des étudiants. Ils comprennent l'importance de ce stage qui permet aux étudiants de s'autonomiser et de découvrir la réalité du métier. Ceci est d'autant plus vrai dans les zones de désertification médicale où les patients sont inquiets de l'avenir *"De consulter seul ça l'entraîne, sinon comment il va prendre son indépendance et être à l'aise tout seul car demain il fera ses consultations tout seul du coup s'il ne commence pas il ne commencera jamais"* (P4). Certains patients prennent à cœur de participer à cet effort de formation et ce même s'ils voient moins leur médecin traitant *"Je*

*trouve que c'est bien ça permet de pratiquer " (P9), "Je suis pour le fait d'apprendre aux jeunes car il faut bien quelqu'un qui s'occupe des vieux." (P1), "Je ne vois quasiment plus Dr X car en règle générale il y a un ou deux internes chez elle. Mais en soit ça ne me dérange pas dans le fond car je ne viens pas pour des choses très précises. Derrière il faut bien aussi former les jeunes Je travaille dans les ressources humaines donc j'ai une approche différente par rapport à mes parents ou s'est un peu plus compliqué : ils veulent voir Dr X et pas une interne puis une autre interne et ils ne savent pas à qui ils ont à faire." (P16).*

De plus la jeune génération semble rassurée de voir des personnes nouvelles et des jeunes avec qui elle trouve la conversation plus facile *" je trouve ça très bien, en tout cas pour ma part moi qui est un peu plus jeune ça permet une conversation plus fluide je trouve. Et sur certaines choses ils comprennent plus que Dr X qui est âgé." (P10).*

L'étudiant en SASPAS apporte un nouveau regard, parfois de nouvelles connaissances et prise en charge, ce que les patients apprécient *"Il y a des fois j'étais contente de voir quelqu'un de nouveau pour avoir un nouveau regard sur la situation d'aujourd'hui ou les maladies d'aujourd'hui. J'étais satisfaite. Je n'ai pas eu de mauvaise expérience." (P4), "c'est une oreille nouvelle. " (P13). Ils reconnaissent le sérieux des étudiants. Leur formation toute récente, à l'inverse de certaines pratiques médicales considérées comme dépassées, peut avoir un rôle rassurant. *"Et je pense qu'un jeune étudiant est plus compétent qu'un vieux grigou qui n'a jamais fait de formation depuis 20 ans" (P3).**

La présence d'étudiants permet des plages de consultations augmentées. Les prises de rendez-vous sont plus rapides. Les patients remarquent également que cela soulage le médecin généraliste qu'ils qualifient parfois de surbooké *" je pense que c'est bien. Ça permet d'avoir*

*un médecin sur place dans le cabinet alors que le médecin habituel est absent soit pour raison personnelle soit pour raison professionnelle" (P15).*

Les patients interrogés ont rapporté à plusieurs reprises qu'il leur semblait que les personnes âgées avaient plus de mal avec ce système *"C'est plus les personnes âgées, ils ne veulent pas les remplaçants, pas les étudiants, ils ne font pas confiance, ils veulent leur médecin car ils sont habitués. C'est juste le visage, le faciès. Je le vois car quand Dr X. est absent il y a plus de facilité à prendre RDV car il y a plus de disponibilités. Alors que pour un rhume ce n'est pas une nécessité d'attendre." (P6), " Quand on a une pathologie chronique, plus récurrente, je pense, c'est plus dérangent car les internes connaissent moins bien le dossier mais avec le manque de médecin c'est compliqué de faire autrement" (P14).*

En général, les patients ne trouvent pas d'inconvénient à ce que l'étudiant consulte seul, si on les a prévenus au préalable de leur présence.

### *c) Ressenti après consultation*

La majorité des patients interrogés ont été globalement satisfaits suite à leur consultation avec l'interne en SASPAS.

Les sentiments et impressions positifs les plus souvent exprimés étaient :

- **Satisfaction globale de la consultation en général** : *"J'ai été satisfait" (P1), " J'ai trouvé la consultation plutôt bien" (P9), "J'ai été satisfaite j'ai trouvé qu'elle a bien fait son travail pas de reproche" (P14).*
- **Efficacité des traitements donnés** : *" elle m'a prescrit un médicament qu'il ne m'a jamais prescrit et qui a été très efficace." (P1), " j'avais une douleur atroce à mon*

*épaule donc Dr X m'avait donné un premier traitement qui n'avait pas marché et l'interne m'a donné un autre traitement plus fort et à partir de là les douleurs ont diminué." (P17)*

- **Confiance** : *"Une confiance, j'étais satisfaite des réponses et la manière d'aborder la consultation. L'orientation était juste elle ne m'a pas envoyé chez le dentiste" (P16)*
- **Écoute attentive et sympathie** : *"Je l'ai trouvé très sympa, très bien, attentive " (P3), "il était super sympa rien à redire j'étais satisfaite" (P10)*
- **Examen clinique rigoureux et temps accordé de qualité** : *"C'est vrai que, honnêtement, certains étudiants sont plus rigoureux que les anciens. Parce que les anciens vont parfois un peu trop vite. Ils ne cherchent pas assez loin contrairement à l'étudiant qui prend plus de temps" (P9), "J'ai ressenti qu'il a fait son travail correctement j'étais satisfait. Même trop, des fois. Ils examinent plus que Dr X., ils sont plus consciencieux." (P12). Les patients évoquaient les mêmes méthodes et l'effet reflet du médecin habituel : "Elle m'a bien ausculté, c'est comme Mme X. Je n'ai jamais eu de mauvaise expérience. Elle a tout bien fait." (P11)*
- **Regard neuf de nouveau évoqué et compétences** soulignées : *"je me dis que l'étudiant a les nouveautés du diagnostic. C'était complet, on a pu parler de tout. J'avais eu une mycose avec infection urinaire et on a fait check up sur MST et ce qu'il était important de rechercher et comment calmer les douleurs" (P6), "J'étais globalement satisfait après c'était juste pour prescrire mon ordonnance en ALD et pour une tendinite donc c'était des choses simples. Et la première que j'ai vue elle a dû appeler le SAMU elle n'a pas eu le choix je suis rentré dans l'ambulance et je me suis réveillé à Nancy en soins. Donc j'ai été satisfait de la prise en charge on va dire ça comme ça." (P15), "C'était assez chouette car c'était une autre méthode. Elle a pris le temps à la palpation. Elle a pris le temps de chercher une autre cause. J'ai trouvé*

*ça mignon la dernière fois elle a regardé sur son application sur son téléphone car pour le kyste ovarien il y a beaucoup de choses. J'étais vraiment en confiance.* "(P16)

- **Consultation cadrée et centrée sur l'objectif** : l'étudiant va à l'essentiel *"Des fois je suis contente d'avoir l'étudiant car ça répond tout de suite à ma question ça ne va pas trainer"* (P4) *"Personnellement j'étais satisfaite. Toutes mes questions ont eu une réponse. Pour moi c'était comme si c'était mon médecin."* (P17)

Des patients ont aussi évoqué certaines préférences et points à améliorer :

- Leur préférence à leur médecin habituel auquel ils sont attachés : *"C'était sympa. Je n'ai pas été déçu. J'aime mieux la docteusesse c'est normal on a notre relation..."* (P8),
- Manque de délicatesse dans l'examen" *Dans l'ensemble c'est tout à fait correct. Avant que j'aie ma prothèse de hanche, je crois que c'était un étudiant Moldave il était juste un peu brusque dans les mobilisations sinon le reste aucun problème."* (P13).

Un seul retour a été négatif suite à la consultation avec l'interne : la patiente, très attachée à son médecin traitant et refusant habituellement de consulter l'interne, avait oublié qu'il s'agissait du jour de consultation du SASPAS. Elle n'a pas su évoquer de raisons précises. *" Ce n'était pas prévu que j'ai un jeune, j'ai oublié le jour, parce que je ne voulais pas de jeune. Je n'avais rien contre la personne en question mais ça ne me plaisait pas du tout. Je préfère avoir Dr X. "* (P7).

Au final, les patients interrogés ont été satisfaits de leur consultation et peu de choses négatives en sont ressorties.

## C. Présence d'un tiers dans la relation de soin

### a) *Supervision de l'étudiant et information au patient*

Afin de maintenir une continuité des soins, les transmissions entre l'étudiant et le maître de stage sont primordiales. Le généraliste doit être informé de l'avancée de chaque dossier. De plus, le DMG encourage vivement ce système de débriefing qui est nécessaire à la formation de l'étudiant SASPAS et est imposé par la loi.

Suite aux entretiens, il ressortait que la majorité des patients n'étaient pas au courant des transmissions entre le médecin et l'étudiant. Et, s'ils le savaient, ils en ignoraient le mécanisme *"Là vous me posez une question, là je ne sais pas. Je ne sais pas s'il y a des transmissions. Certainement..."* (P1), *" Alors là, aucune idée."* (P10).

Les patients ont cependant certaines idées possibles pour les transmissions :

- **Lecture des dossiers informatiques** dans la journée par le maître de stage : *"ils inscrivent tout dans l'ordinateur et je pense que Dr X lit dans la journée les cas"* (P2), *"Je n'en sais rien. Tout est informatisé donc elle a accès je pense."* (P16).
- **Réelles transmissions orales** : *"Je pense transmissions orales"* (P6), *"Ils doivent prendre le temps de faire des transmissions plus tard à l'oral de vive voix je suppose."* (P9)

- **Transmissions directement après consultation** si doute : "*Quand c'est du tout-venant ça doit aller vite mais quand il y a un doute soit c'est immédiat soit ils en reparlent ensemble le soir je pense*" (P3).

Pour les patients, un dossier informatique bien tenu est important. Tous les sujets interrogés pensent qu'il est nécessaire à la transmission des informations entre le médecin traitant et l'étudiant en SASPAS. Cet outil informatique omniprésent dans les cabinets médicaux rassurait énormément " *Je pense que les choses sont notées de façon électronique. Le médecin retrouve une trace de ce qui a été fait, dit et l'ordonnance.*" (P4), " *L'étudiant a tout enregistré au niveau informatique*" (P13). Ils ont remarqué que les internes mettaient à chaque consultation un mot dans le dossier informatique "*Dans l'ordinateur tout le monde note dans le dossier patient. Je les ai vu faire.*" (P6), "*Je pense qu'il transmet au médecin et il pose des notes dans l'ordinateur.*" (P12).

Parfois les patients étaient au courant de la disponibilité du médecin traitant en cas de problème. C'était le cas des patients dont l'interne a eu recours à l'avis du médecin durant la consultation " *J'avais déjà fait une embolie pulmonaire et j'avais de nouveau du mal à respirer et ça l'inquiétait un peu. Donc, par précaution, elle a téléphoné au docteur chez lui.*" (P1). Les patients semblaient rassurés que l'étudiant ne soit pas livré à lui-même.

Les patients pensent que pour les pathologies virales banales, il n'y a pas nécessairement besoin de transmission entre le médecin traitant et l'étudiant en SASPAS. A l'inverse, pour le

suivi d'une maladie chronique ou grave le médecin généraliste doit être au courant. *"Je pense que le remplaçant, qu'il soit interne ou non, est censé rendre compte de ce qu'il a fait au médecin traitant donc après je pense que si c'est bénin ils passent vite sur le dossier et si c'est compliqué ils étudient plus profondément le dossier. Enfin j'espère que ça se passe comme ça."* (P15).

Pour la totalité des patients, les transmissions post-consultation n'ont aucun impact sur ce que va être dit à l'interne. En effet, pour les patients l'interne est dans **la continuité de leur médecin** *" Non ça n'a pas d'impact, je lui parle comme si c'était lui le médecin"* (P2). Il leur semble légitime que le médecin soit informé de ce qu'ils diront : *"l'interne est la continuité du médecin généraliste."* (P16), *"pour moi c'est un médecin déjà, donc je dirais la même chose du moment qu'il m'ausculte"* (P11). De plus, ils savent que les professionnels de santé sont soumis au secret médical. *"C'est un médecin ça ne me dérange pas je sais que ça reste dans le cabinet"* (P5), *" s'il y a eu transmission cela reste dans cette dynamique de discrétion du médecin. Et que ça soit le médecin traitant ou l'étudiant, le noyau de la discrétion reste."* (P4).

#### *b) Retour d'expérience au médecin traitant*

Suite à la consultation avec l'étudiant, les patients ont des avis différents sur l'importance de relater au médecin généraliste ce qui s'est passé lors de la dernière consultation.

La plupart estimaient que, s'ils ont consulté pour quelque chose de banal (virose surtout), ou si la pathologie a disparu, il n'y a pas besoin de reparler de la consultation. En effet pour eux, cela n'avait pas d'incidence sur leur suivi au long cours. *"Je ne l'aborde pas forcément car je n'en ressens pas le besoin"* (P10), *"Je ne lui en reparle pas de moi-même spécialement s'il n'y a pas de suite particulière. A la limite qui ne dit rien, consent"* (P15).

Parfois, c'est le médecin lui-même qui évoque rapidement la consultation précédente et fait une synthèse rapide au patient : ce qui semble être apprécié *"L'étudiant a tout enregistré au niveau informatique. Si je vois Dr X. après elle rebalaye le dossier, si ce n'était pas elle la dernière fois, elle m'en reparle en général la consultation suivante. Ou s'il y a eu un oubli je lui dis aussi c'est important aussi."* (P13)

A l'inverse, lorsque les patients reconsultaient pour la même pathologie, ils trouvaient nécessaire de reparler de cette consultation. Pour eux, reprendre l'ensemble des éléments de leur prise en charge par le SASPAS est important pour que le médecin traitant, nouvel interlocuteur, comprenne où ils en sont *"Des fois, je reparle de la consultation avec l'étudiant car parfois des choses ont été discutées et surtout si c'est la suite de ce que j'ai eu pour voir l'évolution par rapport aux médicaments que j'ai eu et les conseils que j'ai eus."* (P4), *"Non je ne lui en parle pas forcément sauf si je dois y retourner le lendemain pour la même chose"* (P11).

Certains patients exprimaient seulement leur satisfaction concernant l'interne et leur écoute au médecin traitant. *"Je ne suis jamais allée me plaindre à mon médecin ensuite. J'ai été satisfaite de tous les internes que j'ai eus"* (P17), *"Je lui ai dit oui elle était mignonne là"*

*(rire). Non je rigole tant que je peux voir un docteur peu importe je suis content moi. Vous avez déjà assez de soucis pour faire toutes ces années." (P1).*

*c) Patient face à un nouvel interlocuteur : facilité/difficulté des consultations*

L'étudiant SASPAS est un nouvel interlocuteur dans la relation médicale. La plupart du temps, il ne connaît pas les patients dans leur globalité, contrairement au médecin traitant. En fonction du motif de consultation, les patients sont plus à l'aise avec leur médecin traitant ou l'étudiant en SASPAS.

Lors de nos entretiens, un grand nombre de patients préfèrent discuter de sujets personnels avec leur médecin traitant.

Les patients évoquaient notamment :

- **Les sujets gynécologiques** : *"l'Edex ça s'est plus compliqué d'en parler à l'étudiant ou étudiante" (P1), " je suis ménopausée, quand c'est des sujets de femme c'est plus facile avec Dr X." (P5).*
- **Les pathologies chroniques graves** (cancer) car le médecin traitant les connaît dans leur globalité *" C'est plus facile avec le docteur pour les choses personnelles et ma maladie. C'est peut-être psychologique mais c'est plus facile avec le docteur. La jeune qui vient je lui fais confiance quand même mais voilà. " (P8), "Certains sujets je pense si quelque chose est déjà arrivé c'est plus simple avec Dr X car elle connaît mes antécédents" (P14)*
- **Les problèmes familiaux** : *"Si j'avais un problème familial j'irais plutôt vers Dr X car il connaît tout et me connaît mieux, il connaît la famille. Si c'est vous qui êtes là il*

*faut que je vous raconte toute ma vie c'est normal vous ne pouvez pas tout savoir alors que lui ce n'est pas la peine il connaît. Si j'ai une pathologie grave j'irais voir le médecin traitant mais pour l'instant je n'ai pas eu le cas et heureusement." (P12)*

- **Les pathologies psychologiques** : *"c'est plus facile d'en parler au médecin qu'à l'interne qu'on ne voit qu'une fois. Dr X. connaît mes antécédents tandis que l'interne non." (P15).*

Pour quelques patients (environ 7/17) le choix de l'interlocuteur n'avait pas d'incidence sur ce qu'ils allaient dire ou non. Pour eux, un médecin est un médecin quel que soit le statut (remplaçant, étudiant, médecin traitant...). L'information doit être transmise dans tous les cas pour une meilleure prise en charge et ce peu importe le sujet. *"Pour moi c'est pareil, même les choses personnelles. Pour moi c'est un médecin. J'ai confiance autant en mon médecin que l'interne. Quand je vais chez le médecin ou l'étudiant c'est pareil je leur dis la même chose." (P11).* Une bonne relation de soin nécessite sincérité et entière confiance. Pour ces patients si le médecin qu'ils ont en face d'eux (étudiant ou MG) n'a pas toutes les informations la prise en charge ne peut pas être optimale ce qui risque de se répercuter sur leur santé : ce qu'ils ne souhaitent pas. *" Si j'ai quelque chose et que Dr X. n'est pas là, je m'adresserai à l'interne : je ne vais pas garder ça pour moi. L'interne doit pouvoir me répondre je pense" (P17).* Lorsque le patient se sent à l'aise avec son interlocuteur la communication se fait naturellement *"Je pars du principe que ça ne va pas être moi qui vais être gêné de parler d'un sujet si j'ai besoin d'en parler. J'en parle après c'est au médecin ou à l'interne de gérer. C'est aussi une histoire de personne qu'on soit bien d'accord tout dépend de qui est en face de vous. Il y a des personnes extrêmement froides et avec qui vous n'avez pas envie de partager quoi que ce soit. Là ce n'était pas le cas j'ai eu des bonnes expériences." (P16).*

Les patients semblent plus à l'aise à évoquer certains sujets lorsque l'interlocuteur est du même genre qu'eux. Etudiant ou médecin cela n'importe pas *"c'est plus du cas si c'est une femme ou un homme. Mais ce n'est pas le contexte étudiant ou médecin. C'est plus facile avec un homme dans mon cas."* (P9). Une seule patiente affirmait avoir plus de facilité à discuter avec l'interne. La proximité de l'âge semblait la rassurer et l'aidait à s'ouvrir davantage qu'avec son médecin habituel beaucoup plus âgé. *"Oui je trouve pour ma part : ça concerne ma libido. Avec cette personne plus jeune c'était plus facile d'en parler parce que j'avais l'impression qu'il comprenait plus la situation par rapport à la situation du couple, de l'envie de chacun... Avec mon médecin traitant c'est plus délicat j'ai du mal à en parler, après j'en parle aussi mais c'est différent."* (P10).

#### D. Impact sur la relation de soin

##### a) *Future consultation ?*

Le patient peut ensuite, au choix, consulter l'interne ou le médecin traitant. Que font les patients de préférence suite à leur expérience avec l'interne ?

La quasi-totalité des patients préféreraient revoir leur médecin traitant. En effet, ils avaient développé au fur à mesure des années une relation de qualité basée sur une confiance mutuelle avec leur généraliste *" Plutôt le docteur car je l'aime bien. "* (P8).

Cependant, suivant l'urgence de la situation, ils ne sont pas opposés à revoir l'interne. En effet, s'ils consultent pour un problème aigu nécessitant une consultation le jour même, les patients accordent moins d'importance au médecin présent. A l'inverse, pour un renouvellement d'ordonnance ou un suivi de maladie chronique ils préfèrent voir leur MT. *"Je*

*vais voir le Dr X. par rendez-vous fixé à l'avance pour le renouvellement et sinon je vais en consultation libre et si c'est l'étudiant ça ne pose aucun problème" (P3). Lorsqu'ils ont le choix, leurs préférences vont à leur médecin traitant. Cependant, comme les créneaux de consultations SASPAS sont souvent plus rapides à avoir, ils ont souvent recours à eux. Les patients reconnaissent, que dans les situations "urgentes", pouvoir bénéficier d'un rendez-vous rapide, quelque soit l'intervenant, est le plus important "Je prends le docteur qui est là" (P1), "Honnêtement j'irais peu importe car j'y vais au moment où je suis malade donc on n'a pas forcément le choix."(P9), " Sûrement vers Dr X. de préférence mais suivant le jour si c'est une interne ce jour-là et que c'est urgent ça ne me dérange pas d'y retourner " (P14), " Dans le futur, si ce n'est pas une urgence je prendrai contact avec le médecin mais si j'ai une urgence j'irai vers celui qui sera là " (P15) ou encore "Question non évidente. Ça dépend de l'urgence après je prendrai Dr X en préférence mais si elle n'est pas là je prendrai l'interne " (P17).*

Les patients étaient conscients que, si besoin, leur médecin traitant était disponible. La consultation avec l'étudiant SASPAS reste un choix "*Honnêtement je ne vais pas choisir en particulier, la configuration me va et je sais que si je veux voir Dr X je prends contact et je dis décrochez moi un RDV avec Dr X, c'est de la détermination c'est tout" (P16).*

Une seule patiente exprimait son souhait de ne plus être revue par les étudiants. Elle n'a pas remis en cause les compétences de l'interne mais a évoqué le fait de tenir à ses habitudes

*" Je ne vais pas le vendredi quand je sais que c'est le jeune. Je suis bornée, c'est là-haut que ça se passe. Il n'est pas moins compétent je ne me permettrais pas de dire une chose pareille. L'étudiant ne connaît pas ma façon d'être alors que Dr X connaît très bien " (P7).*

Une patiente, quant à elle, a préféré revoir l'interne. Elle avait été plus à l'aise avec l'étudiant qu'avec son MT, pour évoquer certains sujets " *J'irai plus chez l'étudiant car j'ai plus de facilité à discuter avec quelqu'un de mon âge. Et je suis tombée sur quelqu'un de très bien. C'était fluide j'ai trouvé cela mieux*" (P10).

Ce sont le plus souvent les patients qui consultent en MSP qui sont le moins réfractaires à consulter l'interne. En effet, ils sont habitués à être pris en charge par d'autres médecins que leur médecin traitant " *Ça ne me dérange pas de voir un jeune médecin car eux aussi ils ont de l'expérience. J'en ai vu plusieurs différents et je vois des médecins différents à la MSP*" (P12).

#### *b) Perception du patient sur la relation de soin*

La relation de soin est un élément fondamental pour une prise en charge médicale de qualité. La bonne relation et la communication entre un médecin et un patient est primordiale. Pendant longtemps, la relation entre les patients et le système de santé a été déséquilibrée avec d'un côté le patient profane qui ne connaît pas la médecine et de l'autre, le professionnel de santé qui dispose de la connaissance, de l'information. Une relation médecin-patient de qualité est un facteur nécessaire à des soins de qualité. Le fait qu'intervienne un tiers dans la relation a un impact. De quelle manière les patients trouvent que leur relation a évolué depuis que le médecin généraliste forme des internes ?

La majorité des patients estiment que leur relation de soin avec leur médecin n'a pas été modifiée par la présence de l'étudiant en SASPAS. Les consultations avec l'interne

n'étant finalement que ponctuelles. " *Non pas du tout car je la vois elle le plus souvent. Il n'y a rien qui change, je suis suivi.*" (P8), " *Ma relation pour moi c'est pareil. Je ne vois pas de changement*"(P15), " *Pas d'évolution pour moi elle est toujours pareille*" (P5) " *Je trouve qu'il n'y a pas eu de changement c'est pareil. Après je vais rarement chez le médecin donc je n'ai pas vu de différence.*" (P10).

Quelques patients font cependant la réflexion de moins voir le médecin habituel sans qu'il n'y ait de réelles répercussions sur la relation. Cela peut parfois même intensifier leurs nouvelles rencontres. Les patients ont la sensation de rattraper le temps perdu " *Je la vois moins mais quand on se voit c'est toujours aussi intense je rigole mais ça se passe toujours aussi bien il n'y a pas de distance il n'y a rien qui a changé*" (P16), " *Non ça n'a pas changé la relation car je le vois toujours en dehors du cabinet aussi. Et j'y vais tous les 3 mois alors s'il n'est pas là je prends la personne qu'il y a sur place. C'est une maison de santé.*" (P12).

Une des patientes qui avait consulté le SASPAS par hasard continue à ne revoir que son médecin traitant. Pour elle sa relation médicale est restée totalement la même " *Non la relation n'a pas changé car je vais voir que lui, je suis comme une enfant je ne change pas d'avis. Malgré le déménagement à plus de 15 minutes, je continue de voir Dr X.*" (P7).

Certains MSU prennent des étudiants depuis de longue date, les patients semblaient donc habitués à ce mode de fonctionnement " *Depuis que je connais Dr X elle a toujours eu des étudiants pour moi il n'y a aucun problème*" (P4), " *Ça fait longtemps que Dr X prend des étudiants. Pour moi la relation est pareille.* " (P11).

c) *Ressenti des patients sur leur suivi médical au long cours*

La continuité des soins est un concept clé permettant de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle peut être définie comme la cohérence et l'utilité de l'ensemble des services et traitements dispensés au patient au cours de son parcours de soins. La formation des étudiants dans les cabinets libéraux amène un nouvel intervenant, tierce personne, au sein des rapports médecins/patients. Les étudiants en apprentissage, peuvent modifier la tenue habituelle des dossiers médicaux. A terme le risque est de provoquer des troubles dans la prise en charge des patients et d'impacter au long cours sur leur santé.

Pour tous les patients, le plus important est la tenue du dossier médical informatique. Si ce dernier est bien tenu, il n'y a pas d'impact sur la continuité des soins. Les patients évoquent aussi le fait que les médecins travaillent de plus en plus à plusieurs en association ou en maison pluridisciplinaire. Les dossiers sont de plus en plus partagés. *"Je suis dans un cabinet avec plusieurs médecins. (..) Et c'est un cabinet de groupe donc je peux toujours avoir un rendez-vous. Je n'ai que des éloges à faire sur la structure. J'avais un copain malade pendant les fêtes et c'est seulement dans le groupe du Dr X qu'il a pu aller"* (P3). Pour eux, si l'interne est concis et clair dans sa tenue des dossiers il n'y a pas de problème pour la suite de la prise en charge. *"Je pense que c'est pareil pour la relation de soin car il n'y a qu'un dossier que tout le monde regarde."*(P11), *"Si l'enregistrement est bien fait on retrouve tout dans le dossier et nous, nous sommes aussi là pour recentrer le dossier si besoin"* (P13), *"Pas de soucis au niveau du dossier comme il y a l'ordinateur il y a une continuité. Au contraire l'étudiante complète l'ordonnance sur l'ordinateur pour éviter d'oublier le médicament le coup d'après car le médecin lui met au crayon sur l'ordonnance et après on oublie."* (P1).

Certains patients, rapportant des propos qui leur ont été dits, ont évoqué un changement de la pratique de la médecine qui pouvait, parfois, être mal vécu. En effet, la notion de médecin de famille, unique référent, a fait place à une médecine de collaboration et

ce, principalement au sein des MSP. Les personnes âgées notamment, sont les plus sensibles à ce changement et ont du mal à consulter différents praticiens (dont les étudiants). *"Ma mère c'est le médecin traitant et c'est tout. Elle refuse, elle se laisse mourir, si lui ne la regarde pas. Elle guérit quand elle le voit même s'il ne l'a pas touché. Je pense que de nos jours ça n'existera plus tout ça surtout dans les maisons de santé. J'ai remarqué que, comme il y a beaucoup de médecins, même s'il y en a un d'attitré on peut voir tout le monde. J'ai vu tous les médecins de la MSP. Et à chaque fois j'ai été bien traité donc c'est l'essentiel "* (P6).

La jeune génération, quant à elle, comprend le besoin de former les jeunes médecins. La continuité des soins ne semble pas impactée par la pratique et les patients sont heureux de pouvoir aider les jeunes qui, peut-être, s'installeront dans leur village. Elle semble même contente de participer à leur formation. Certains patients se rendent compte de la charge de travail de leur médecin traitant et voient dans les étudiants un moyen de les soulager. Pour d'autres, faire découvrir la médecine libérale à des jeunes est nécessaire pour leur donner envie de s'installer dans leur région. *"Vous n'avez qu'un seul médecin traitant et qui lui aussi n'est pas surhumain donc se retrouver en permanence avec des personnes qui ne veulent que voir le médecin traitant on connaît des sursaturations et des déséquilibres"* (P16).

Si les patients ne remettent pas en cause les compétences des étudiants et ne ressentent pas d'impact négatif sur la qualité et la continuité des soins qui leur sont donnés, ils critiquent le manque d'information concernant la présence des étudiants. Beaucoup pensent que l'information sur la présence des étudiants devrait être majorée avec une explication du niveau d'étude et du but du stage. *"Il faut promouvoir cette formule avec un système de communication c'est de le mettre en avant et dire pourquoi s'est mis en place et qu'est-ce que ça va apporter aux médecins et patients surtout. Ce n'est pas que pour apprendre aux*

*étudiants à faire leur art mais c'est aussi avoir quelqu'un en permanence au cabinet. Il faut plus communiquer là-dessus et expliquer le pourquoi du comment. C'est une autre façon d'aborder la médecine "(P16).*

## V. DISCUSSIONS

### 1. Force et faiblesse de l'étude

#### A. Choix du sujet et co-thèse

Le stage SASPAS est depuis quelques années devenu obligatoire avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle entré en vigueur pour la rentrée 2017. De plus en plus de patients vont être amenés à consulter des étudiants SASPAS. S'il existe des thèses explorant le ressenti des patients après une consultation avec un étudiant SASPAS, **peu ont été faites** pour explorer l'impact au long cours sur la relation de soin. Comme il est difficile de résumer le lien entre le patient et le médecin à une consultation, il nous paraissait important d'essayer de voir au-delà de ce temps défini.

L'un des principaux atouts de notre thèse est ce **travail en binôme**. Ce choix de réaliser une co-thèse nous permet de confronter la vision des MSU à celle de leurs patients. De manière générale, il est difficile de comprendre ce que quelqu'un d'autre pense réellement. Pourtant comprendre les sentiments d'autrui peut parfois faciliter la communication. Par notre travail nous avons essayé de souligner quels étaient justement les sujets qui pouvaient porter à confusion. Mettre en évidence ces points c'est trouver des axes d'améliorations visant à faciliter l'acceptation des SASPAS en médecine générale.

## B. Choix de la méthode et échantillon étudié

Le choix de la méthode s'est donc porté naturellement sur une **thèse qualitative** avec des entretiens semi-directifs. Ce qui est cohérent pour répondre à la question de recherche. Cette méthode nous a permis de laisser libre cours aux avis et à l'expression des sujets interrogés.

Le choix des critères d'inclusion et d'exclusion des sujets nous a permis d'obtenir un échantillon de population étudié divers, avec des âges, sexe, lieu de vie et temps de suivi MT/patient variés.

## C. Concernant le recrutement

Bien que **l'échantillon soit diversifié**, il ne concerne que les MSU et patients du Haut-Rhin. Le recrutement a tout d'abord été fait par l'intermédiaire de la faculté de médecine de Strasbourg. Par ce moyen, **seuls quatre MSU** ont répondu favorablement. Pour augmenter la taille de l'échantillon, nous avons recontacté les autres médecins généralistes maîtres de stage qui n'avaient pas répondu initialement. Un tirage au sort a été réalisé parmi eux après les avoir répartis en trois catégories selon le nombre d'habitants de la commune d'exercice. L'objectif était d'obtenir une population relativement **hétérogène** dans chacune des trois sous-catégories. Selon d'anciennes études, le lieu d'habitation était un critère qui pouvait modifier le lien médecin/patient. Cette **méthode aléatoire a dû être abandonnée** devant le peu de réponses des MSU désignés par tirage au sort. Le reste de l'échantillon a été contacté directement à partir de la liste des MSU mais **sans procédure de tirage au sort**. A noter que, quatre des médecins interrogés, ont été nos référents de stages. Même s'il ne s'agissait pas de nos stages SASPAS : ceci a pu créer un **biais de recrutement**.

Enfin, les patients ont été choisis directement par les MSU ayant accepté de participer à l'étude. Si les critères **d'inclusion et d'exclusion ont été respectés**, on ne peut exclure que la procédure de choix des patients que nous **voulions aléatoire** n'ait pas été toujours respectée et que certains patients aient été choisis pour leurs capacités à répondre. Un patient n'a pas répondu favorablement à la demande d'entretien et un médecin malgré son accord initial n'a pas renseigné de noms de patients malgré relance.

De plus, selon nos critères de recrutement de l'échantillon les patients n'ayant pas consulté le SASPAS ont été exclus d'office. Ce sont probablement des personnes ayant des a priori sur la présence des étudiants en SASPAS. En décidant de ne pas les inclure, cela crée un **biais de méthode**.

#### D. Pour le recueil des données

Les entretiens ont été réalisés de façon à assurer la **liberté d'expression** des sujets interrogés. Pour les MSU, la durée moyenne d'entretien était de 19 minutes et pour les patients de 17 minutes. Ce qui est cohérent avec notre volonté de laisser les sujets raconter leurs ressentis.

Les entretiens des patients ont été réalisés à distance de leurs dernières consultations avec l'étudiant SASPAS. Pour certains patients cela représente des semaines et ils ont pu, dans l'intermédiaire, revoir leur MT. De fait, le souvenir de la consultation est peut-être modifié par le temps passé et/ou par une consultation suivante, créant un risque de **biais de mémorisation**.

Le choix de l'entretien, en présentiel, par visioconférence ou par appel a été laissé à la convenance des participants. La majorité ont opté pour un appel téléphonique. Par ce mode indirect de recueil les sujets ont eu le temps d'aménager un temps dédié seulement aux réponses et il y a eu **peu d'interférences** au cours des entretiens. Certains participants étaient plus à l'aise avec l'idée de ne pas être confrontés directement aux investigateurs. Nous avons tout de même remarqué que les entretiens téléphoniques ont une durée moyenne moins importante que les entretiens réalisés en direct. En face à face, l'entretien était plus fluide, propice à une meilleure liberté d'expression. Les patients se livraient plus. A noter que les entretiens se sont déroulés au cours de la pandémie Covid 19.

Lors du recueil des données, nous nous sommes présentées en tant que jeunes médecins venant de finir nos études. Le choix de ne pas préciser notre niveau d'année d'étude ni notre propre parcours a été fait pour que les participants se sentent libres de répondre et n'aient pas peur de se sentir juger. En nous présentant tout de même comme jeune médecin, nous ne pouvons exclure un **biais d'investigation** lié à ce qualificatif de soignant. Bien qu'aucun patient n'ait exprimé de gêne à nous répondre, leurs propos ont pu être modérés.

Réaliser des entretiens est un travail difficile qui nécessite de l'expérience et une certaine aisance et empathie pour arriver à créer une relation de confiance. Avant de réaliser ce travail, les chercheuses se sont d'abord entraînées sur des sujets lambdas. Ceci a permis de tester leurs questionnaires, d'assurer un déroulement fluide des entretiens et d'acquérir un peu de pratique.

## **2. Discussion des résultats**

Afin de tirer le plus de bénéfice de ce travail fait en binôme, il a été choisi d'analyser les principaux résultats obtenus, ensemble, afin de pouvoir confronter directement le point de vue des MSU de ceux de leurs patients.

### **A. Un sentiment global de satisfaction**

Tous les MSU interrogés et la plupart des patients estiment que la présence des étudiants en SASPAS est une bonne chose. Les MSU prennent à cœur leur rôle de formateur et de façon générale les patients ressentent également le besoin d'aider à la formation de nouveaux médecins généralistes, notamment dans les milieux de désert médicaux.

La présence d'étudiants permet aussi aux MSU de maintenir un lien avec l'université et les oblige à remettre à jour leurs connaissances ce que les patients ressentent et apprécient. Globalement, les patients et les MSU trouvent que les étudiants en SASPAS sont bienveillants, professionnels et rigoureux.

La plupart des sujets interrogés s'accordent sur le fait que les consultations avec l'étudiant en SASPAS permettent non seulement d'améliorer l'offre de soins, que ce soit en terme d'ouverture de nouvelles consultations ou par choix de l'intervenant, mais aussi d'apporter un regard neuf. Ce sont souvent les patients jeunes qui apprécient de pouvoir consulter un nouveau médecin et les MSU les plus anciennement installés qui reconnaissent le plus le bénéfice que leur apportent les étudiants en SASPAS.

## B. De nouvelles habitudes de consultation :

La présence des étudiants en médecine, quel que soit leur niveau, est de plus en plus fréquente et les patients commencent à s'y habituer. L'acceptation des étudiants en SASPAS est plus difficile dans les cabinets où le médecin traitant exerce seul que dans les MSU. Lorsque les médecins travaillent en collaboration avec des confrères, les patients sont parfois amenés à consulter d'autres médecins ce qui facilite l'insertion des étudiants en SASPAS. De façon générale, plus les sujets avaient de connaissances sur le rôle des internes, moins ils avaient d'a priori à les consulter. Les patients interrogés qui, par leur activité professionnelle, avaient déjà eu un premier aperçu de ce qu'était un étudiant en SASPAS étaient plus ouverts et confiants face à ce nouvel intervenant. Les ressentis des patients varient aussi en fonction des liens qu'ils ont avec leur généraliste. C'est lorsque le patient est suivi depuis des années par un seul médecin que la présence d'un étudiant dérange le plus.

Du côté des MSU interrogés on retrouve le même ressenti. Bien que ce soit leur choix de former des étudiants, certaines consultations restent particulières. En effet, lorsque les situations mettent en jeu la relation de soin et de confiance bâtie avec les patients, les MSU préfèrent alors ne pas déléguer à un autre confrère ou étudiant. Ce sont notamment les situations où le patient présente une détresse psychologique, par exemple des problèmes de dépression, ou maladie grave... Pour les consultations qui demandent plutôt des « connaissances médicales pures », il n'y a souvent aucun problème à déléguer.

### C. Une ambivalence sur le rôle de l'étudiant en SASPAS

Si les étudiants en SASPAS sont de plus en plus fréquents dans les cabinets libéraux, leurs rôles et fonctions sont souvent mal compris. On retrouve en effet beaucoup d'incompréhension du côté des patients.

Pour certains praticiens, ce statut d'étudiant n'a pas besoin d'être particulièrement expliqué. Ils ont l'impression que les patients sont habitués et ont compris ce qu'était un interne. Et pourtant, lorsqu'on demande aux patients, peu d'entre eux sont capables de l'expliquer. Les patients avouent souvent ne pas savoir ce que représente exactement un SASPAS. Tout d'abord, les termes utilisés sont souvent différents en fonction de l'interlocuteur et peu explicite. La plupart du temps et notamment lorsque c'est une secrétaire qui l'introduit, l'étudiant est présenté comme un « remplaçant ». D'autres termes utilisés comme « collègues » sont ambigus et portent à confusion. Beaucoup de patients le confondent avec un autre médecin remplaçant. Lorsque les MSU présentent l'interne en SASPAS en tant qu'étudiant, il est presque toujours caractérisé comme « futur médecin en dernière année qui va bientôt s'installer ». Le but étant de rassurer le patient sur les compétences de l'étudiant. Il y a peu d'espace pour laisser à l'interne en SASPAS ce rôle de formation qui lui est propre et cela peut créer certains malentendus surtout si l'étudiant hésite ou demande conseil au MSU, ce qui peut être vu comme de l'incompétence.

Si les termes utilisés sont souvent mal compris par les patients, l'organisation du SASPAS l'est encore plus. Même si peu de patients remettent en cause les connaissances des étudiants, ils évoquent souvent le fait de préférer voir leur médecin traitant plutôt que l'interne en SASPAS quand le motif de consultation est considéré comme « compliqué ». Les MSU

reconnaissent aussi qu'une consultation face à un étudiant seul peut être déconcertante. Ils utilisent d'ailleurs parfois des « subterfuges » pour que les consultations des internes en SASPAS ne soient pas occultées : en n'évoquant pas systématiquement le jour de consultation de l'interne ou en leur dédiant une plage de consultation un vendredi, veille de week-end... Pourtant, lorsqu'on évoque l'organisation du SASPAS et notamment la supervision systématique le soir, peu de patients sont au courant. Les MSU avouent eux-mêmes ne pas l'évoquer systématiquement sauf en cas de questions ou problèmes. Or, c'est un point qui semble important à citer puisque, lorsqu'on l'évoque aux patients, ils se disent rassurés de le savoir.

#### D. Apport des consultations avec l'interne en SASPAS

Dans la très grande majorité, les sujets interrogés admettent que ces consultations sont nécessaires pour la formation des futurs médecins et apportent aussi un plus dans les cabinets où ils font leur stage.

#### Différents bénéfices ont été soulignés et évoqués à la fois par les MSU et leurs patients :

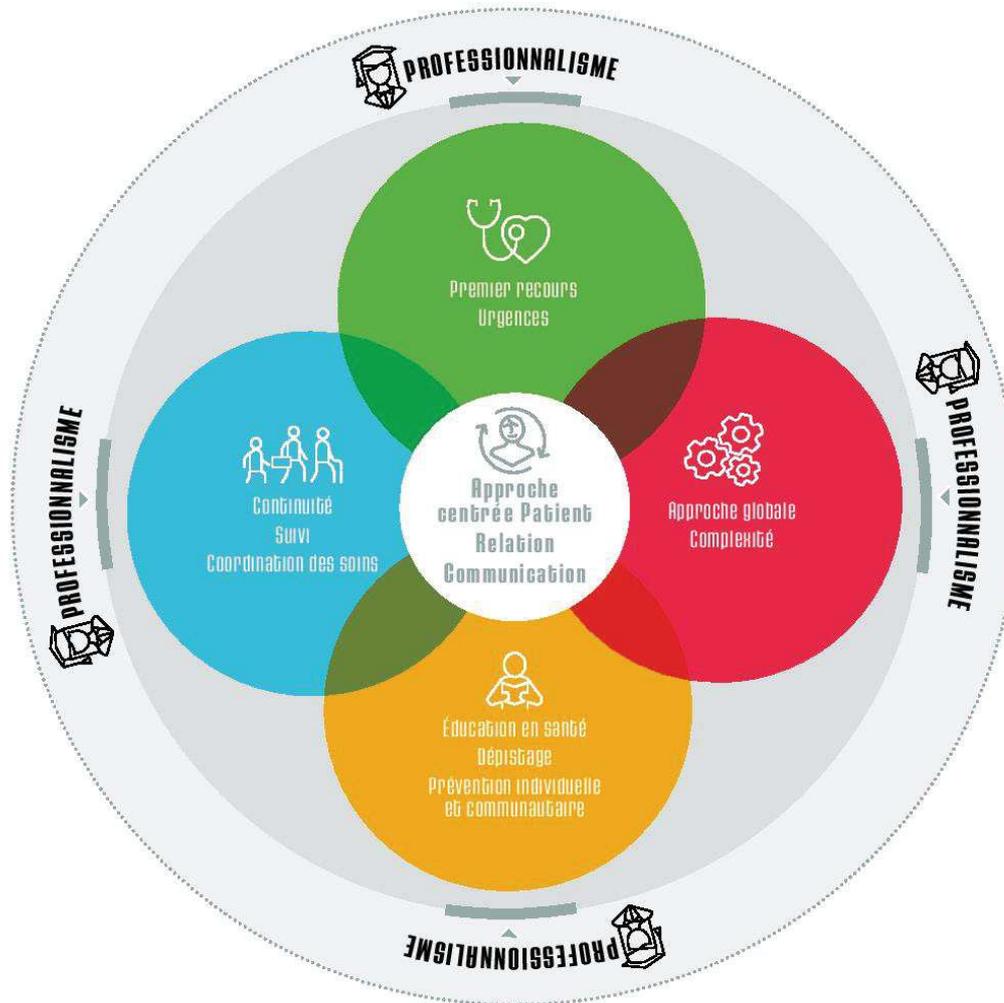
- **Nouvelle plage horaire** : Comme l'étudiant SASPAS consulte seul cela permet d'ouvrir de nouveaux créneaux de consultations et donc, plus de facilités pour le patient à consulter.
- **Nouvel intervenant** : Il est admis que c'est le patient qui choisit son médecin traitant. Cependant dans des territoires où règne une désertification médicale ce n'est pas toujours aussi simple. L'étudiant permet à certains patients de faire le choix de leur interlocuteur principal. Cela peut faciliter leurs expressions, la communication. La prise en charge globale du patient n'en n'est qu'améliorée.

- **Une ouverture à la réalité de la médecine générale** : La formation des futurs généralistes se fait de plus en plus dans des cabinets libéraux par rapport aux stages hospitaliers. Si cela permet aux étudiants d'appréhender la réalité du métier et ses différents aspects, c'est aussi l'occasion d'introduire de nouveaux médecins dans des zones de déserts médicaux. Les patients de ces territoires sont souvent inquiets pour le futur et ont conscience que ces stages sont nécessaires pour faire face à ce problème.
- **Dynamisme et rigueur** : la plupart des sujets interrogés, médecins ou patients, soulignent le professionnalisme des étudiants. Il est souvent évoqué que l'étudiant en SASPAS prend plus de temps pour écouter et examiner : ce qui est apprécié.
- **Un bénéfice à double voire triple sens** : Si les étudiants en SASPAS profitent de l'expérience des MSU, ces derniers avouent tirer aussi avantage des connaissances, parfois plus actuelles, de leurs étudiants. Pour les médecins qui acceptent de devenir maître de stage, la formation est importante. Ils se font un devoir de rester à jour des connaissances pour pouvoir justifier de leurs prises en charge. Les soins donnés aux patients, même indépendamment de la présence de l'étudiant en SASPAS, n'en sont qu'améliorés. Si la médecine évolue constamment, c'est également le cas de l'informatique et des nouveaux moyens (NTIC nouvelle technologie de l'information et de la communication) mis à disposition des médecins. Les étudiants en SASPAS, plus sensibilisés à cela, ouvrent parfois le monde à une nouvelle médecine connectée.

Le SASPAS permet d'acquérir un ensemble de connaissance nécessaire à la pratique future de la médecine générale. La certification des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale a pour objectif d'attester que le futur médecin possède la capacité de mobiliser et de combiner ses ressources de façon appropriée. Cela doit lui permettre de

résoudre la majorité des situations de santé auxquelles il risque d'être confronté dans son futur cadre d'exercice.

### Schéma 2 : Marguerite des compétences CNGE



### Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



**SOURCE** : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : [johanna-hera.fr](http://johanna-hera.fr)

### E. Un temps dédié à la formation :

Si le SASPAS apportent plusieurs avantages, c'est aussi une charge supplémentaire pour les MSU. Qui dit étudiant, dit formation. Les MSU doivent aménager un temps dédié à la supervision de l'interne dans un emploi du temps souvent débordant. Outre cet aspect, et même si ce n'est pas la majorité des cas, certains généralistes avouent qu'il est parfois difficile de reprendre une consultation après un étudiant. Aucun n'a remis en cause les compétences des étudiants en SASPAS mais ce sont les petits oublis (prescription INR, HBA1c) qui sont parfois évoqués comme étant chronophage. De plus, il existe aussi un phénomène de report des consultations quand c'est l'étudiant qui consulte avec parfois, des consultations plus lourdes le reste de la semaine.

Les médecins qui ont choisi d'accueillir des internes ont tous à cœur de transmettre leurs connaissances et leur expérience. Le plus souvent ils accueillent à la fois des étudiants en SASPAS et des étudiants de phase socle ou en stage santé de la femme et de l'enfant. Ces stages, obligatoires en médecine générale, s'organisent différemment. Les étudiants hors SASPAS, sont présents au cours de la consultation avec le médecin traitant. Ils apprennent directement à leur contact et les MSU peuvent évaluer, rectifier et conseiller l'étudiant pendant la consultation. A l'inverse, l'interne en SASPAS est, par définition, seul face au patient. Le MSU supervise par un système de débriefing le soir en rediscutant des consultations de la journée. Si cela permet à l'étudiant de s'autonomiser, d'apprendre à s'adapter face aux patients et à gérer un planning horaire, certains médecins trouvent que leur rôle de formateur est moins évident. Il leur manque cette proximité et ces échanges directs avec l'étudiant qui semblent être, pour eux, un élément important.

## F. Une relation de confiance et une continuité des soins conservées :

Des études ont déjà été réalisées pour évaluer la satisfaction que pouvaient avoir les étudiants SASPAS dans les cabinets de médecine générale. La plupart évaluaient le ressenti des patients après une consultation avec l'étudiant en SASPAS, d'autres le vécu des MSU, et certaines essayaient de comprendre les freins de certains patients à consulter les étudiants. Grâce à ces travaux, des points d'amélioration du stage SASPAS ont pu être mis en évidence permettant à la fois d'améliorer l'organisation et la qualité du stage SASPAS et de faciliter l'insertion des étudiants face aux patients.

Notre étude a pour but de compléter ces travaux. A l'inverse de celles déjà menées, nous avons voulu étudier l'impact des étudiants SASPAS sur la relation de soins. Si le ressenti après une consultation est important, il nous paraissait également important de comprendre l'influence d'une tierce personne au long cours. La pratique de la médecine évolue rapidement, mais le médecin traitant reste encore souvent une personne de référence avec qui les patients ont des liens particuliers et en qui ils ont confiance. Par notre travail nous avons essayé d'appréhender ce que sous-entend cette relation construite au cours des consultations. Outre les connaissances médicales, deux éléments importants sous entendent une prise en charge médicale de qualité : la qualité de la relation de soins et la continuité des soins.

On remarque que, parfois, les MSU pensent connaître le ressenti et les sentiments de leurs patients. Or, en interrogeant ces derniers, ils expriment parfois des avis différents.

On retrouve cette différence de points de vue sur la manière de prévenir de la présence d'un étudiant. Pour certains MSU, les affiches mises en salle d'attente sont assez explicites.

Cependant peu de patients les ont vraiment remarquées. Pour d'autres, ne pas évoquer le jour de l'interne en SASPAS est un moyen pour éviter que les consultations avec l'interne soient délaissées. Or, si les patients ne sont pas contre consulter un étudiant, on comprend qu'ils souhaitent avoir été prévenus au préalable. Cette omission peut créer un climat moins favorable à la prise en charge médicale. Les patients, surpris de voir un autre médecin que leur médecin traitant, s'engagent dans la consultation avec prudence. A l'inverse, quand les MSU préviennent et présentent les étudiants à leurs patients, ces derniers ressentent ce climat de confiance et sont plus enclins à consulter avec l'interne. Au final, on constate que, si les MSU pensent que les patients sont au courant que la consultation sera réalisée par un étudiant, peu sont en fait avertis.

De façon similaire, on ressent qu'il y a parfois un manque d'information sur le système de supervision. Presque l'ensemble des MSU avouent ne pas l'évoquer systématiquement. Les patients eux-mêmes ne se posent pas spécialement de questions. En effet, seuls ceux recontactés sont finalement au courant que les consultations de la journée sont systématiquement revues avec leurs MT. Cependant, lorsque nous l'évoquons aux patients, ils se disent rassurés de le savoir. Ainsi, peut-être que si cela était évoqué systématiquement, les patients les moins enclins à voir un étudiant seraient rassurés.

Pour finir, pour certains MSU, la présence des étudiants leur donne une certaine légitimité. Cela souligne un certain dynamisme, une capacité à former et une confirmation de leurs pratiques médicales si besoin il y a. Les patients, eux, remettent très rarement en cause les capacités de leur médecin traitant. Ils soulignent cependant que la présence de l'étudiant fait qu'ils voient moins souvent leur médecin traitant. S'ils l'acceptent spontanément, ils souhaitent quand même consulter leur MT régulièrement. On ressent ainsi que les patients

accordent plus d'importance à la présence de leur MT et au suivi de leurs dossiers qu'à leurs « capacités médicales ». Ce qui est d'ailleurs assez ambivalent avec ce qu'ils ressentent pour les étudiants en SASPAS. En effet, lorsqu'ils consultent un étudiant, bien que le dialogue et le « feeling » est important, ils évoquent surtout leur professionnalisme et leur sérieux dans l'examen clinique. Les patients accordent finalement plus d'importance à l'efficacité de la prise en charge de l'étudiant SASPAS qu'à la relation médicale. Au contraire, avec leur médecin traitant, ce sont les liens de confiance qui priment.

#### G. Un nouvel interlocuteur à appréhender, des sujets de consultations parfois difficiles à évoquer

Comme nous l'avons vu précédemment, les étudiants en SASPAS, qui consultent seuls, permettent d'améliorer l'offre de soins. Parfois, en termes de nouvelles plages horaires, parfois en apportant une nouvelle figure de soin. Cependant, se confier à une nouvelle personne inconnue, peut être difficile.

De façon unanime, les patients reconnaissent que la présence d'étudiants en SASPAS permet d'avoir des rendez-vous plus rapidement. Ainsi, pour les motifs de consultation «urgent» ou pour une pathologie aiguë, ils n'ont aucun a priori à voir l'interne. Ces situations, souvent transitoires, mettent plutôt en jeu les compétences médicales, souvent peu remises en cause chez l'étudiant, que le côté relationnel.

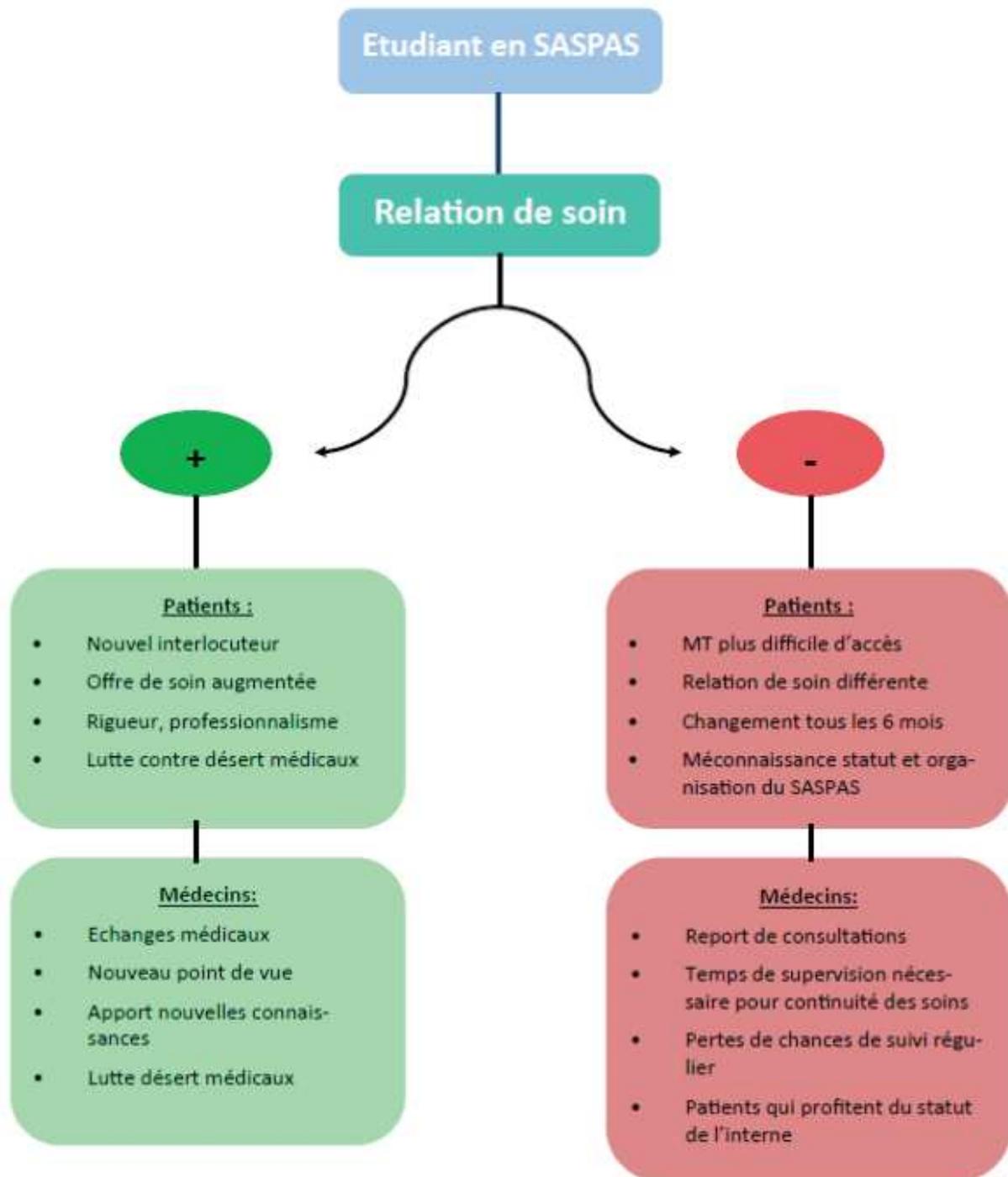
En fonction du genre des étudiants certains sujets sont également parfois plus simples à évoquer qu'avec leur MT, comme par exemple les sujets gynécologiques pour les SASPAS femmes. De même, la proximité de l'âge peut parfois aider à se confier (sur la sexualité, les addictions ...). Il est intéressant de remarquer comment cela peut influencer ensuite les

pratiques des MSU. Un des médecins a fait la remarque intéressante que cela l'avait éveillée à la sexualité des jeunes et que, dorénavant, elle était plus ouverte.

Cependant, les patients accordent plus d'importance à la confiance et à la relation de soins avec leur médecin qu'à leurs connaissances. Ces liens, souvent considérés comme particuliers, se sont construits au cours du temps. Ainsi, comme les étudiants changent tous les 6 mois, il est difficile de créer ce rapport de confiance. On comprend que certaines consultations soient plus difficiles, pour les SASPAS, les patients et les MSU que d'autres. Les MSU font attention à voir eux-mêmes les patients consultant pour des motifs psychologiques ou de dépression. Ils veulent ainsi éviter que ces derniers expliquent de nouveau toute leur histoire, ce qui peut être douloureux et chronophage. Les patients dans ces situations avouent aussi être plus à l'aise avec un médecin qu'ils connaissent. Certaines situations, délicates, nécessitent également plus d'expérience comme les suspicions de maltraitance ou la prise en charge spécifique d'enfants ayant des déficits.

A l'inverse, pour d'autres patients et MSU, toutes les situations se prêtent à une consultation avec l'interne en SASPAS. Le SASPAS est un futur médecin qui a les connaissances nécessaires pour répondre correctement aux besoins des patients.

**Schéma 3 :** Impact de la présence de l'interne SASPAS sur la relation de soin



### **3. Perspectives**

De façon générale, le ressenti des patients par rapport à la présence des étudiants en SASPAS est positif. On retrouve ce sentiment de satisfaction dans d'autres études comme celles du Dr BEAUJOUAN, Dr CUVELIER (15), Dr GIANNETTINI (16) ou encore Dr DEFFROMONT (17).

Les MSU sont également enthousiastes de l'arrivée des internes. Cependant, certaines réticences ont aussi été évoquées. Ces remarques, souvent constructives, soulignent certains freins à l'acceptation des internes. Ce sont des axes d'amélioration à prendre en compte.

De façon similaire à d'autres études telle que celle du Dr GIANNETTINI (16), on remarque que la plupart des patients ne comprennent pas ce qu'est réellement un interne en SASPAS. Tout d'abord il existe de nombreux amalgames entre étudiant et remplaçant. Les patients interrogés confondent souvent les deux statuts et ne font pas la différence. Les MSU avouent présenter parfois l'interne comme « collègue » sans forcément préciser son statut d'étudiant. Cette confusion avait déjà été mise en évidence dans le travail du Dr TROESTER en 2013 (8) et dans la co-thèse du Dr BRUNEL et Dr TAULE (18). Parmi les patients qui comprenaient qu'il s'agissait d'un interne, très peu ont pu donner plus d'explication à son propos. Les MSU qui présentent l'interne SASPAS en tant qu'étudiant évoquent systématiquement le fait qu'il est en fin de cursus. Ils veulent ainsi rassurer leurs patients sur leurs capacités médicales.

Même lorsque les patients ont compris qu'il s'agissait d'étudiants bien avancés dans les études de médecine, ils ne sont pas capables d'expliquer le déroulement du stage. Les conclusions du DR VANHAECKE (19) sur le SASPAS sont similaires aux nôtres. En effet,

l'organisation du stage SASPAS est un mystère pour la plupart des patients. Comme le dit le Dr VANHAECKE (19), une très faible proportion des sujets interrogés savait que les consultations étaient systématiquement revues et seniorisées par le MT. Finalement, seuls ceux ayant été rappelés pour un problème étaient au courant. Les MSU avouent ne pas l'évoquer systématiquement et ne pas avoir eu spécialement de questions. Or, lorsqu'on évoque ce système de supervision, les patients semblent rassurés. La confiance qu'ils ont en leur MT se répercute alors sur son interne. Peut-être qu'en expliquant systématiquement le schéma des études médicales, cela pourrait aider les patients à comprendre l'implication des étudiants et introduire les bases nécessaires pour une bonne relation de soins.

La plupart des patients ont également rapporté ne pas être au courant de la présence des internes. Si certains ont été avertis par leur MT ou la secrétaire ou via le site de rendez-vous, d'autres ont découvert la présence de l'étudiant SASPAS au moment de la consultation. Quelques MSU avouent omettre consciemment le jour de consultation de l'interne. Ils veulent ainsi éviter le phénomène de report de consultation et que les étudiants, venant souvent de loin, ne se déplacent pour rien. La plupart des autres médecins évoquent l'affiche en salle d'attente et pensent que, par habitude, les patients sont maintenant au courant. Cependant, cela ne semble pas toujours le cas. Malheureusement, être mis sur le fait accompli ne favorise pas le climat de confiance nécessaire pour un bon déroulement de la consultation. Or, si le patient a un mauvais souvenir de son entretien avec l'étudiant, il sera peu enclin à le revoir. Et, comme certains MSU l'ont remarqué, il existe un phénomène de bouche à oreille entre les patients. Les salles d'attente étant plus ou moins remplies en fonction des semestres et des étudiants. Cela peut être une réelle perte de chance pour l'insertion des internes en SASPAS.

On remarque que la plupart des patients s'estiment satisfaits des consultations avec ces derniers qu'ils trouvent rigoureux, attentionnés et compétents. Lorsqu'une consultation s'est bien déroulée, même les patients les plus sceptiques initialement, acceptent de revoir les étudiants plus régulièrement. Il faut trouver les moyens de créer un climat favorable à une bonne prise en charge. Cela passe par avertir systématiquement la patientèle de la présence de l'étudiant. Le Dr BOURTEEL et le Dr RACAUD-ALLAINMAT (20) avaient déjà évoqué l'idée d'afficher une photographie avec le nom de l'interne en salle d'attente, idée reprise ensuite dans la co-thèse de BRUNEL Julien et TAULE Alexis. Cela pourrait être intéressant pour favoriser la proximité avec les patients, l'étudiant n'étant alors plus complètement inconnu. La lettre d'information donnée par la faculté et affichée dans les cabinets n'étant souvent que peu remarquée comme le souligne le travail du Dr MACAULT et du Dr VANHAECKE (19). Dans son étude, le Dr GIANALIETTI (16) a souligné les points qui semblaient importants pour permettre d'améliorer cet affichage : taille augmentée, emplacement visible, explications courtes. Elle évoque aussi l'intérêt d'y associer des prospectus d'explication plus détaillés sur le statut de l'interne. Nous pensons également que des améliorations peuvent être apportées à l'information des patients. Ces idées nous semblent pertinentes, notamment celle d'ajouter la photo des étudiants à la lettre de la faculté dans la salle d'attente. Cela ne semble pas encore être fait par les MSU. Outre permettre une première approche plus personnelle de l'étudiant présent, cela attirerait également l'attention sur ce mot d'explication.

Bien que ces études datent déjà de plusieurs années, nous retrouvons toujours dans nos entretiens ce même manque d'information (*sur la présence de l'étudiant en SASPAS*). C'est souvent l'une des principales remarques faites par les patients. Ce point semble important pour une meilleure acceptation du SASPAS. Les pratiques médicales ont changé et nous

sommes maintenant dans une ère où l'informatique à une place prépondérante. Nous proposons aux MSU de créer un planning propre à l'interne. Ainsi, pour les rendez-vous pris via internet, le patient saura d'avance qu'il consultera un étudiant. Ce sera son choix. De plus, une brève explication du statut de l'interne SASPAS, voire une photo de l'étudiant présent, pourrait être ajoutée à ce planning. Pour les MSU ayant un secrétariat, le fait de distinguer les plannings MT, remplaçant et interne évitera tout amalgame et incitera les secrétaires à avertir systématiquement les patients de la présence de l'étudiant.

Notre travail avait également pour but de comprendre ce que sous-entend la notion de relation et de continuité des soins. Les patients accordent souvent plus d'importance à la confiance et aux liens qu'ils ont avec leur MT qu'à leurs connaissances médicales pures. Cette relation s'est construite au cours des années et on comprend qu'il ne peut en être de même avec l'étudiant présent seulement quelques mois. Les autres études déjà réalisées avaient pour but d'évaluer le ressenti des patients à un moment T (après la consultation). Nous avons voulu compléter ces travaux en nous intéressant plutôt à l'impact au long cours des étudiants SASPAS sur ces liens profonds.

On a pu remarquer que, même lorsque les patients acceptent de voir l'interne et en sont satisfaits, ils souhaitent quand même revoir à intervalles réguliers leur MT. Il ne s'agit pas d'un manque de confiance dans les capacités de l'interne ni même d'un problème dans la continuité des soins mais d'un attachement à leur médecin traitant. Une bonne prise en charge ne remplace finalement pas les liens de confiance, d'empathie, que la majorité des patients ressentent avec leur généraliste. Les MSU ont un double rôle : celui de médecin traitant et celui de formateur. Il peut être difficile de contenter tout le monde. Afin que chacun puisse avoir son temps de parole et une attention particulière, il pourrait être intéressant d'établir un

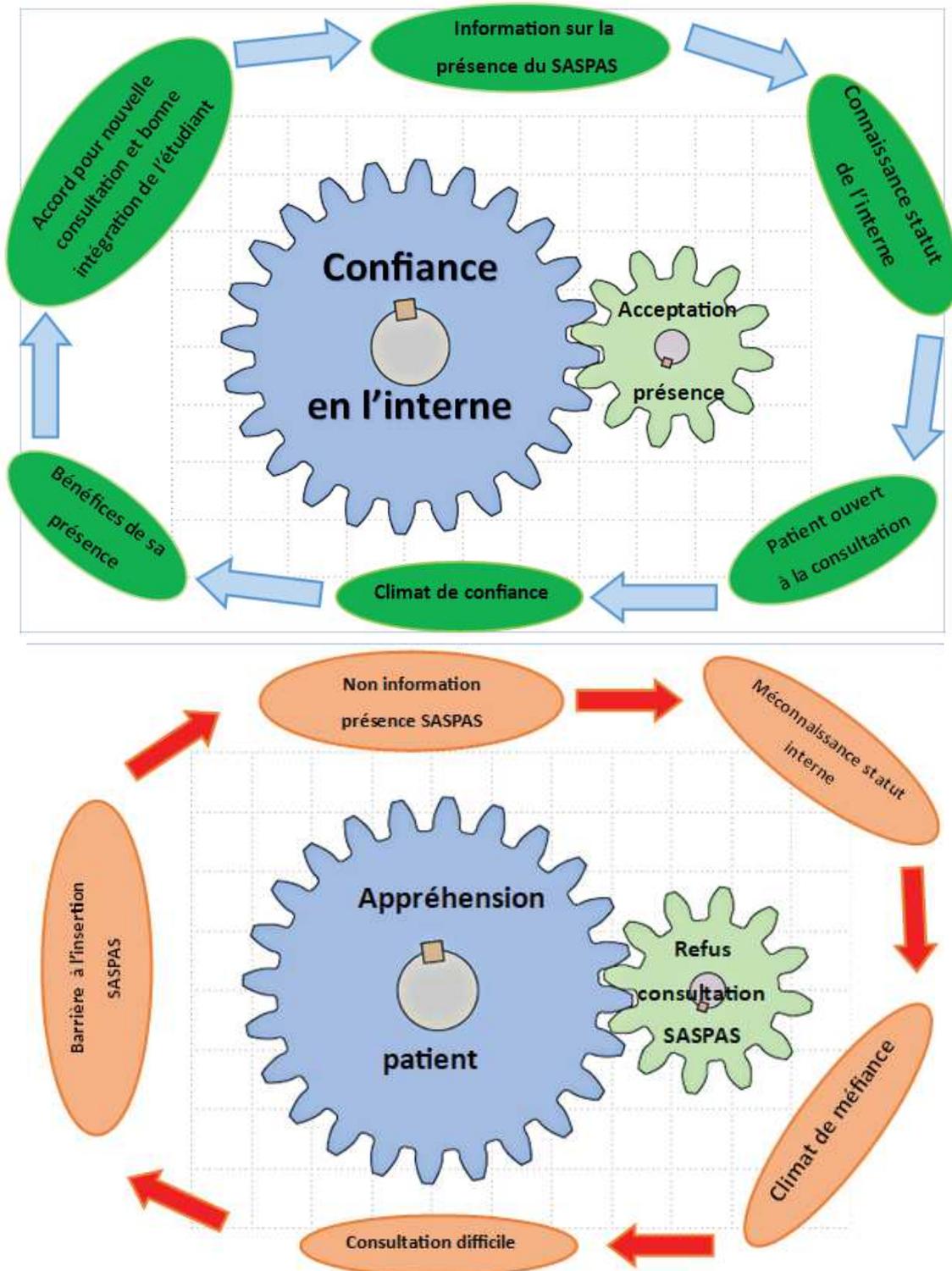
programme de consultations pour permettre de revoir à intervalle régulier tous les patients acceptant d'être reçus par l'interne.

Comme nous l'avons déjà signalé, évoquer automatiquement le système de débriefing serait bénéfique. Par souci d'organisation nous pensons que le plus simple est que le SASPAS explique lui-même cette supervision. Savoir se présenter, expliquer son rôle et pouvoir rassurer les patients sont des compétences nécessaires au futur rôle de médecin généraliste. Les patients pourraient comprendre que, même s'ils sont vus par l'étudiant en SASPAS, leur médecin reste au courant de leur dossier. A défaut d'être physiquement présent, l'implication des MSU dans la prise en charge des patients est toujours aussi importante, juste différente.

Si notre travail ne retrouve pas d'impact significatif des étudiants en SASPAS sur la relation de soins, certains MSU et patients évoquent des ressentis différents avec les étudiants de phase socle et de santé de la femme et de l'enfant. La thèse du Dr RACAUD (20) avait déjà exploré l'impact de ces derniers et n'avait pas non plus trouvé de différences significatives. Cependant, à notre connaissance, c'est l'un des seuls travaux réalisés sur ce sujet. Certaines personnes interrogées nous ont avoué que lorsqu'un étudiant était présent avec le MT, ils engageaient la consultation différemment. Quelques MSU trouvaient que la présence des internes était bénéfique. Ils pensaient que les échanges qu'ils avaient avec leurs étudiants permettaient d'exposer la réflexion sous-jacente à la prise en charge. Le patient suivait ainsi le raisonnement du médecin ce qui pouvait être rassurant. Cependant, les autres MSU et la plupart des patients disaient se sentir gênés par la présence d'une troisième personne. Les conversations sont alors moins profondes, certains problèmes ne sont pas évoqués tels que les sujets les plus sensibles parfois gênants (problème gynécologique,

sexualité ...). Il pourrait donc être intéressant de réaliser de nouveaux travaux sur le ressenti, l'impact de la présence des étudiants en stage santé de la femme et santé de l'enfant.

**Schéma 4** : Engrenage positif et négatif de la présence de l'interne en SASPAS



## **VI. CONCLUSION**

La médecine générale a mis du temps à être considérée comme une spécialité à part entière. Les étudiants, choisissant cette voix, se sont longtemps formés uniquement par des stages hospitaliers. L'ouverture des stages en médecine libérale a permis un renouveau de la formation des internes de médecine générale en leur permettant d'appréhender au mieux la réalité du métier. Cette ouverture au stage ambulatoire s'est majorée avec la réforme du 3<sup>o</sup> cycle entré en vigueur pour la rentrée 2017. Parallèlement, les pratiques médicales se modifient aussi : de nouvelles connaissances, de nouveaux traitements et prises en charge et surtout des médecins qui s'associent et travaillent en collaboration. C'est dans ce contexte que le SASPAS a été créé en 2003 et rendu obligatoire depuis 2017 pour les internes de médecine générale. Difficile pour certains patients de trouver leur place et de s'adapter à tous ces changements. Par notre travail, nous avons voulu compléter les études précédemment réalisées sur le sujet en abordant un point encore non évoqué : **la relation de soin**. Le médecin généraliste a une représentation, une signification particulière aux yeux de leurs patients. Ils ont confiance en lui et le considèrent souvent comme plus qu'un simple acteur de santé. Nous nous sommes concentrées à comprendre comment un étudiant SASPAS pouvait impacter cette relation et quelles en étaient les conséquences.

Pour être les plus complètes possible et ne pas méconnaître certains aspects importants nous avons voulu explorer à la fois les avis des patients et ceux de leur MT. Ce travail, en binôme, nous a permis de confronter les différents ressentis et de mettre en évidence les points convergents et ceux divergents. En comprenant ces aspects nous espérons trouver de nouvelles pistes pour une meilleure acceptation du SASPAS. Utiliser une méthode qualitative et des entretiens semi-directifs était le moyen le plus adapté pour laisser la parole aux patients et aux MSU. Nous voulions ainsi qu'ils se sentent libres de s'exprimer, sans a priori.

La plupart des sujets interrogés, MSU ou patients, trouvent que leur relation de soins n'a pas été modifiée par la présence de l'étudiant en SASPAS. Les avis sont même plutôt positifs. Les MSU apprécient les nouveaux points de vue apportés par l'étudiant. Ils soulignent des échanges intéressants, une obligation positive de se remettre à jour pour pouvoir justifier de leur prise en charge. Les patients, eux, voient dans l'étudiant SASPAS une personne rigoureuse, consciencieuse et dynamique. C'est un moyen de faire face au problème de désertification médicale et d'améliorer l'offre de soins. Le principal point négatif, rapporté par les patients, réside dans le fait qu'ils voient moins leur MT. La relation de confiance entre le patient et son médecin reste essentielle. Les patients acceptent souvent de consulter l'interne SASPAS pour des motifs jugés « simples » et de façon occasionnelle. Pour les sujets plus personnels, un suivi chronique ou après un certain temps, ils préfèrent revoir leur MT. De façon similaire, les MSU, bien qu'enthousiastes, ont du mal à impliquer l'interne lorsque la relation de confiance est au premier plan de la prise en charge (sujets personnels, intimes, psychologiques). On comprend que l'étudiant, nouvel arrivant, ne peut pas en quelques jours créer une relation de soin aussi profonde.

Certaines réflexions recueillies au cours de nos entretiens mettent en avant les axes du stage pouvant être améliorés pour faciliter l'intégration de l'étudiant. Ces points sensibles concernent surtout le manque de connaissance et de transparence sur l'organisation du stage. Informer systématiquement les patients de la présence de l'interne, expliquer son statut, son parcours et évoquer le système de supervision semblent les éléments les plus importants à améliorer.

Des idées avaient déjà été proposées, comme afficher une photo de l'étudiant, mais ne semblent pas encore mises en œuvre dans les cabinets médicaux. Cette proposition nous paraît

également être une bonne idée comme première approche avec les étudiants. De plus, nous proposons également d'autres axes d'amélioration :

- Que l'interne SASPAS explique lui-même son rôle et le système de supervision.
- Créer un planning internet propre à l'interne, avec photo + explications jointes
- En cas de secrétariat présentiel, distinguer le jour de consultation des étudiants voire afficher un planning en salle d'attente et présenter l'étudiant systématiquement en tant qu'interne.
- Organiser un système de rotation entre les consultations SASPAS et celles de leur MT permettant de le revoir à intervalles réguliers.

Le SASPAS est réellement bénéfique à la formation des internes de médecine générale et c'est un apport globalement apprécié dans les cabinets les accueillant. S'il y avait certaines appréhensions initiales quant à l'impact d'une tierce personne sur la relation de soin, cela ne semble pas être le cas. Les liens entre médecins traitants et patients restent toujours aussi profonds. Certaines réticences sont cependant encore présentes et des axes d'amélioration peuvent être mis en place.

Notre thèse s'est concentrée sur l'étude de l'impact du SASPAS dans le Haut-Rhin. Il pourrait être intéressant de réaliser de nouveaux travaux dans différentes régions pour pouvoir confronter l'ensemble des résultats obtenus. En élargissant à d'autres régions nous espérons pouvoir trouver de nouvelles pistes permettant d'améliorer l'intégration des étudiants en médecine générale lors de leur stage en ambulatoire.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Historique du CNGE [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/historique\\_du\\_cnge/](https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/)
2. Un peu d'histoire | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
3. R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
4. Réforme du 3ème cycle : NOUVELLE MAQUETTE (depuis l'ECN 2017) – SRP-IMG [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/mgparis/reforme-du-3eme-cycle>
5. Le SASPAS [Internet]. Dumga. [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.dumga.info/le-saspas>
6. Satisfaction des patients après une consultation avec un interne autonome en stage ambulatoire de médecine générale (SASPAS) [Internet]. Sorbonne Université - Département de médecine générale. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/these/satisfaction-des-patients-apres-une-consultation-avec-un-interne-autonome-en-stage-ambulatoire-de-medecine-generale-saspas/>
7. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. :94.
8. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine: étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. :109.
9. Lecarpentier G. Il existe plusieurs thèses et travaux sur l'évaluation du Stage Ambulatoire en soins primaires en Autonomie Supervisée (SASP). :98.
10. Vallée É. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS ( Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016: étude qualitative. :47.
11. Article 35 - Information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
12. demarche\_centree\_patient\_web.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)
13. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

14. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
15. 4542\_CUVELIER\_these.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4542\\_CUVELIER\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4542_CUVELIER_these.pdf)
16. Thèse-Marie-GIANNETTINI.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/02/The%CC%80se-Marie-GIANNETTINI.pdf>
17. Deffromont T. L'interne en SASPAS: pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie. :66.
18. document.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03219239/document>
19. 2019LILUM504.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM504.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM504.pdf)
20. Autret PA, Barthelemy PC, Besnard PJC, Bougnoux PP, Choutet PP, Danquechin-Dorval PE, et al. PROFESSEURS EMERITES. :67.

## VIII. ANNEXES

- **Annexe 1** : Formulaire consentement et explication de l'étude pour les médecins

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT MEDECIN

N° d'anonymat:

**RECHERCHE QUALITATIVE auprès des médecins généralistes accueillant des étudiants en SASPAS** (= Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) dans le Haut Rhin.

#### **Introduction:**

Venant de terminer mes études en médecine générale, je réalise un travail de thèse sur l'impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son médecin généraliste dans le Haut-Rhin.

La formation des futurs médecins généralistes a évolué. Elle intègre dorénavant des stages obligatoires extra-hospitaliers directement auprès des médecins généralistes. Le SASPAS est un stage particulier puisque l'étudiant consultera seul en autonomie. L'interne communique ensuite avec son maître de stage sur les situations de la journée. Cette réflexion avec le médecin traitant lui permet aussi d'en tirer un certain savoir et une expérience progressive pour la suite de sa pratique. Il est donc l'interlocuteur principal face aux patients qui consultent. L'interne en SASPAS devient donc une tierce personne intervenant dans la relation de soins médecin-malade, ce qui peut impacter cette relation.

De nombreuses thèses ont déjà été réalisées sur le ressenti du patient suite à une consultation avec l'étudiant SASPAS. Cependant, il n'y a pas encore eu d'étude évaluant l'impact sur la relation de soins au long cours. Une des forces de cette thèse est qu'elle est réalisée en binôme ce qui permet d'explorer à la fois le côté patient et le côté médecin.

#### **Les objectifs sont:**

- D'explorer le ressenti des médecins généralistes et de leurs patients sur leurs relations de soins depuis la présence d'étudiants en SASPAS.
- D'identifier les facteurs qui influencent cette relation (durée de suivi, âge du patient, motif de la consultation, cabinet rural/urbain ou type d'exercice, visite à domicile ...)
- D'évaluer l'influence de la présence d'un interne SASPAS sur la continuité des soins.

La finalité de cette étude est de comprendre quelles sont les situations où la présence d'un étudiant en SASPAS est problématique ou au contraire bénéfique sur la relation de confiance avec son médecin généraliste afin de faciliter l'insertion de l'étudiant dans la relation de soins.

#### **Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Florine JAY suivant vos disponibilités, dans un endroit calme et approprié comme par exemple le cabinet du médecin généraliste participant à l'étude. Il durera 30 minutes au maximum et sera enregistré de façon anonyme.

**Qu'est ce qui se passe si je participe?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *vo*tre expérience dans la relation médecin patient. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot et anonymisés. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Anne SUDRE et par Florine JAY avec l'aide de leur directeur de thèse Philippe HILD.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la co-thèse de Anne SUDRE et Florine JAY.

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et confirme avoir eu la possibilité de poser des questions.

1. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

2. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

3. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

4. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

- **Annexe 2** : Formulaire consentement et explication de l'étude pour les patients

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PATIENT**

### **N° d'anonymat:**

**RECHERCHE QUALITATIVE auprès des *patients consultant des médecins généralistes qui accueillent des étudiants en SASPAS* (= stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) dans le Haut Rhin.**

### **Introduction:**

Venant de terminer mes études en médecine générale, je réalise un travail de thèse sur l'impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son médecin généraliste dans le Haut-Rhin.

La formation des futurs médecins généralistes a évolué. Elle intègre dorénavant des stages obligatoires extra-hospitaliers directement auprès des médecins généralistes. Le SASPAS est un stage particulier puisque l'étudiant consultera seul en autonomie. L'interne communique ensuite avec son maître de stage sur les situations de la journée. Cette réflexion avec le médecin traitant lui permet aussi d'en tirer un certain savoir et une expérience progressive pour la suite de sa pratique. Il est donc l'interlocuteur principal face aux patients qui consultent. L'interne en SASPAS devient donc une tierce personne intervenant dans la relation de soins médecin-malade ce qui peut impacter cette relation.

De nombreuses thèses ont déjà été réalisées sur le ressenti du patient suite à une consultation avec l'étudiant SASPAS. Cependant, il n'y a pas encore eu d'étude évaluant l'impact sur la relation de soins au long cours. Une des forces de cette thèse est qu'elle est réalisée en binôme ce qui permet d'explorer à la fois le côté patient et le côté médecin.

### **Les objectifs sont:**

- D'explorer le ressenti des médecins généralistes et de leurs patients sur leurs relations de soins depuis la présence d'étudiants en SASPAS.
- D'identifier les facteurs qui influencent cette relation (durée de suivi, âge du patient, motif de la consultation, cabinet rural/urbain ou type d'exercice, visite à domicile ...)
- D'évaluer l'influence de la présence d'un interne SASPAS sur la continuité des soins.

La finalité de cette étude est de comprendre quelles sont les situations où la présence d'un étudiant SASPAS est problématique ou au contraire bénéfique sur la relation de confiance d'un patient avec son médecin généraliste afin de faciliter l'insertion de l'étudiant dans la relation de soins.

### **Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Anne SUDRE suivant vos disponibilités, dans un endroit calme et approprié comme par exemple le cabinet du médecin généraliste participant à l'étude ou à domicile ou par téléphone.

Il durera 20 minutes au maximum et sera enregistré de façon anonyme.

### **Qu'est ce qui se passe si je participe?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre expérience dans la relation médecin patient*. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot et anonymisés. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Anne SUDRE et par Florine JAY avec l'aide de leur directeur de thèse Philippe HILD.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la co-thèse de Anne SUDRE et Florine JAY.

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et confirme avoir eu la possibilité de poser des questions.

1. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

2. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

3. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

4. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature  
(investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

—

—

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

—

—

- **Annexe 3** : Grille entretien médecin

### GRILLE D'ENTRETIEN MEDECIN ( lieu d'entretien: )

**Numéro d'anonymat:** M..

---

#### **Coordonnées de la personne interrogée**

Nom:

Prénom :

Genre :

Âge:

Localisation :

Médecin depuis :

Accueillant des internes SASPAS depuis :

Type d'exercice ( seul, MSP, association..):

---

#### **LE CONTEXTE**

- 1) **Pourquoi avoir choisi d'accueillir des étudiants en SASPAS et quelles étaient vos motivations dans ce choix ?**  
*Question de recentrage*
  - Accueillez-vous également des internes de premier niveau?
  - Si vous travaillez en collaboration avec d'autres médecins, sont ils également maître de stage?
- 2) **Avant la consultation, comment avez-vous avertis vos patients du fait qu'ils allaient être examinés par un étudiant en SASPAS?**  
*Question de recentrage*
  - Le présentez-vous en tant qu'étudiant / assistant?
- 3) **Quels sont les ressentis généraux des patients depuis que vous avez des étudiants SASPAS?**  
*Question de recentrage*
  - Quelles ont été leurs réactions initiales?
  - Avec le recul les avis ont-ils évolué?

#### **COMMUNICATION**

- 4) **Quelles sont les situations (patients âgés, jeunes ou enfants) et les sujets de consultation (renouvellement ordonnance ou urgence) avec qui la présence d'un étudiant en SASPAS a été délicate avec votre patientèle?**  
*Question de recentrage*
  - A l'inverse savez-vous si certains patients sont plus à l'aise avec ces derniers?
  - Si la réponse est positive : comment interprétez-vous cela ? et cela vous dérange-t-il ?
- 5) **De quelle manière pensez-vous que vos patients imaginent vos transmissions avec l'interne et cela a-t-il un impact sur la consultation avec le SASPAS ?**

#### **LE FUTUR : IMPACT SUR LA RELATION**

- 6) **Dans quelle mesure trouvez-vous que votre relation avec certains patients est différente depuis que vous formez des SASPAS ?**  
*Question de recentrage*
  - Comment la présence d'un interne en SASPAS a-t-elle eu un impact sur la continuité des soins?
- 6) **Comment votre pratique médicale a-t-elle évolué depuis que vous êtes maître de stage?**

- **Annexe 4** : Grille d'entretien patient

### GRILLE D'ENTRETIEN PATIENT (lieu d'entretien : ...)

**Numéro d'anonymat:** (P ..)

**Durée entretien :**

---

**Coordonnées de la personne interrogée**

Nom:

Prénom :

Genre :

Âge :

Lieu d'habitation:

Lieu du cabinet médical :

---

#### **LE CONTEXTE**

- 1) **Que représente pour vous votre médecin généraliste et depuis combien de temps êtes-vous suivi par lui ?**
- 2) **Savez vous ce qu'est un étudiant en SASPAS? Ou vous l'a t'on expliqué?**  
*Question de recentrage*
  - Avant de consulter saviez vous que vous alliez voir un étudiant en SASPAS?
  - Connaissez vous la différence entre un étudiant dit de "premier niveau" et un étudiant en SASPAS?
- 3) **Quel était le ou les motifs de votre consultation avec l'interne en SASPAS ?**  
*Question recentrage*
  - Que pensez-vous du fait qu'un étudiant en médecine (SASPAS) puisse consulter seul dans le cabinet de votre praticien ?  
Qu'avez-vous ressenti après la consultation avec l'étudiant en SASPAS de votre médecin?

#### **COMMUNICATION**

- 3) **De quelle manière pensez-vous que les transmissions sont réalisées entre votre médecin et son interne en SASPAS suite à votre consultation?**  
*Question recentrage*
  - Comment les transmissions de la consultation ont un impact sur ce que vous allez dire lors de l'entrevue avec l'étudiant en SASPAS?
- 4) **Comment abordez-vous la consultation précédente avec le SASPAS quand vous retournez voir votre médecin généraliste et qu'avez-vous dit à votre médecin sur cette consultation ?**  
*Question recentrage:*
  - Y-a-t-il certains sujets de consultation qui sont plus faciles à évoquer avec l'un ou l'autre des praticiens et pourquoi?

#### **LE FUTUR : relation médicale**

- 5) **Dans le futur, vers quel praticien (étudiant SASPAS ou médecin généraliste) iriez-vous de nouveau en consultation après votre expérience et pourquoi ?**
- 6) **De quelle manière votre relation avec votre médecin généraliste a évolué depuis qu'il forme des étudiants en SASPAS ?**  
*Question de recentrage*
  - Que pensez-vous de la continuité des soins avec cette pratique?
  - Quels ont été les impacts négatifs et/ou positifs?
  - Que peut on améliorer sur la formation des jeunes médecins dans les cabinets de ville?

- **Annexe 5** : Affiche de la faculté de Strasbourg exposées en salle d'attente



Faculté  
de médecine

## Docteur

Votre médecin a été recruté par la Faculté en qualité de **praticien agréé - maître de stage des universités** de l'année universitaire 2011-2012 jusqu'à l'année universitaire 2015-2016.

Il a accepté d'avoir auprès de lui un(e) jeune médecin en formation pour compléter les connaissances professionnelles de celui(celle)-ci, durant **un semestre** dans le cadre du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale.

Votre médecin vous demandera si la présence de ce futur confrère ne vous gêne pas et il pourra le prier à tout moment de cesser d'assister à la consultation.

L'interne stagiaire est autorisé(e) à effectuer **seul(e)**, avec votre consentement et l'accord du médecin, des actes (en moyenne trois actes par jour) au cours de la phase active de sa formation.

La réussite de ce stage, importante pour améliorer la formation de nos futurs médecins, repose en grande partie sur votre compréhension.

Je vous en remercie.

*Professeur Jean Sibilia  
Doyen*




Faculté de Médecine  
4 rue Kirschleger  
67085 Strasbourg Cedex



**Annexe 6 : Conclusion thèse signée**

- Que l'interne SASPAS explique lui-même son rôle et le système de supervision.
- Créer un planning internet propre à l'interne, avec photo + explications jointes
- En cas de secrétariat présentiel, distinguer le jour de consultation des étudiants voire afficher un planning en salle d'attente et présenter l'étudiant systématiquement en tant qu'interne.
- Organiser un système de rotation entre les consultations SASPAS et celles de leur MT permettant de le revoir à intervalles réguliers.

Le SASPAS est réellement bénéfique à la formation des internes de médecine générale et c'est un apport globalement apprécié dans les cabinets les accueillant. S'il y avait certaines appréhensions initiales quant à l'impact d'une tierce personne sur la relation de soin, cela ne semble pas être le cas. Les liens entre médecins traitants et patients restent toujours aussi profonds. Certaines réticences sont cependant encore présentes et des axes d'amélioration peuvent être mis en place. Notre thèse s'est concentrée sur l'étude de l'impact du SASPAS dans le Haut-Rhin. Il pourrait être intéressant de réaliser de nouveaux travaux dans différentes régions pour pouvoir confronter l'ensemble des résultats obtenus. En élargissant à d'autres régions nous espérons pouvoir trouver de nouvelles pistes permettant d'améliorer l'intégration des étudiants en médecine générale lors de leur stage en ambulatoire.

VU

Strasbourg, le 03 juillet 2022  
 Le président du jury de thèse  
 Professeur Jean-Christophe WEBER



Vu et approuvé  
 Strasbourg, le 13 JUL 2022  
 Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et  
 Sciences de la Santé  
 Professeur Jean SIBLIA



**Annexe 7 : Déclaration sur l'honneur Sudre Anne**



Faculté de médecine  
maïeutique et sciences de la santé  
Université de Strasbourg

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Sudre ..... Prénom : Anne .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration*

Signature originale : *erronée ou incomplète*

à G. Harnagis ..... le 05/07/22 .....

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**Annexe 7** : Déclaration sur l'honneur Florine Jay**DÉCLARATION SUR  
L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : JAY ..... Prénom : Florine .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »*

Signature originale : 

À Belfort ....., le 05/07/2022 .....

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**Impact de la présence d'un étudiant en SASPAS dans la relation entre un patient et son médecin généraliste dans le Haut-Rhin.**

**RÉSUMÉ :**

Depuis la réforme du 3ème cycle de Médecine Générale, les stages SASPAS sont obligatoires. Si c'est une réelle chance pour les étudiants, c'est également un changement important pour les médecins acceptants de les former et leurs patients. Cette tierce personne modifie l'équilibre construit au cours des années et chacun, médecin, patient et étudiant, doit trouver sa place pour maintenir une harmonie nécessaire à une bonne relation de soins.

L'objectif est de comprendre quel est l'impact, au long cours, de l'étudiant sur la relation médecin/patient et sur la continuité des soins. Grâce à ce travail nous espérons trouver des axes d'amélioration à une meilleure intégration des étudiants en SASPAS.

**Méthodes :** Il s'agit d'une co-thèse. C'est une étude qualitative par hétéro-questionnaires avec questions ouvertes interrogeant d'une part les MSU et d'autres part leurs patients. Ce travail en binôme permet ensuite de confronter les différentes données recueillies.

**Résultats :** Le recueil des données a été réalisé de décembre 2021 à mars 2022. 10 médecins, 17 patients ont été inclus. Au final, il ressort une satisfaction générale quant à la présence des étudiants en SASPAS. De nombreux points positifs sont relevés. Les patients et MSU apprécient le dynamisme des étudiants, l'amélioration de l'offre de soins et leurs regards neufs. Les médecins évaluent le ressenti des patients de manière très diversifié. La relation de soins et de confiance entre les patients et leurs médecins restent préservées. Cependant, il y a encore des axes d'amélioration pour une totale acceptation des étudiants SASPAS : optimiser le système d'information sur la présence des étudiants, expliquer le but du stage, préciser le système de supervision...

**Conclusion :** L'arrivée des étudiants en SASPAS est une évolution positive dans les pratiques habituelles de la médecine générale. La continuité des soins et la confiance entre les médecins et leurs patients ne semblent pas impacté par leur présence. Les principales difficultés signalées concernent l'information des patients sur la présence des SASPAS et l'organisation du stage. Des éléments de réponse à ces obstacles ont pu être trouvés puis discutés.