

2023-2024

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

**Visites à domicile : formation en
SASPAS, sentiment de compétence et
intention des internes de médecine
générale de la subdivision d'Angers**

Enquête auprès des internes

BERRAH Maëlle

Née le 30 mai 1995 à Douarnenez (29)

Sous la direction de Pr RAMOND-ROQUIN Aline
et Dr LEGENDRE-TEXIER Gaëlle

Membres du jury

Monsieur le Professeur ANNWEILER Cédric	Président
Madame la Professeure RAMOND-ROQUIN Aline	Directeur
Madame le Docteur TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Codirecteur

Soutenue publiquement le :
28 novembre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BERRAH Maëlle
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **23/07/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O’SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur et doyen de la faculté d'Angers ANNWEILER Cédric. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

A madame la Professeure RAMOND-ROQUIN et madame TEXIER-LEGENDRE. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité, pour vos précieux conseils et pour votre bienveillance.

A l'ensemble des internes qui ont accepté de m'accorder leur temps pour répondre à mon questionnaire.

Aux médecins, équipes soignantes et aux patients rencontrés au cours de mes études. Merci d'avoir participé à mon apprentissage, chacun en posant sa pierre à l'édifice d'une manière différente.

A mes parents. Mon socle depuis toujours. Merci de m'avoir aidé à grandir et de m'avoir encouragé dans toute les phases de ma vie. Merci pour ce soutien indéfectible qui m'a permis de sauter les obstacles.

A mes sœurs, Aïda et Naïma. Les témoins et actrices de mon enfance, de mon adolescence, de mon cursus étudiant et avec une chance incroyable de mon mariage récemment. Merci d'être présentes hier, aujourd'hui et demain. Naïma merci de m'avoir aidé pour mon résumé en anglais, the best teacher !

A mes grands-parents qui ont toujours veillé sur moi et qui le font encore aujourd'hui. Je poursuis ma route étoilée sous vos regards pleins d'amour. Merci.

A ma belle-famille (Monique, Thierry, Céline, Bénédicte, Marc, Juliette, Sarah, Hardeep, Françoise, Michel, Nicolas, Véronique, Stéphane, Laetitia, Agnès) qui m'a accueilli avec gentillesse dès nos premières rencontres.

REMERCIEMENTS

A mes amis, les « c'est net ». Certains présents depuis la PACES, d'autres depuis la M2. Vous le savez, mais sans vous ces études n'auraient pas été les mêmes. Des WEI aux fous rires à la BU de Rennes, des nombreuses pauses pas très studieuses aux stress des partiels et ECN, des soirées en tout genre (Stanley, feu de l'enfer, barathons, BBQ, crémaillères, anniversaires et j'en passe), à nos vacances et à nos voyages... Vous faites tous partie des plus belles rencontres de ces dix dernières années. Et vous êtes maintenant présents pour chaque étape importante de ma vie. En espérant que notre amitié perdure jusqu'à notre collocation en résidence seniors.

L'abécédaire des copains :

A comme Aurore : notre brestoise 100% pur beurre. Tu es un vrai bol (breton) d'air frais, c'est toujours trop chouette de t'avoir parmi nous. Tellement hâte que tu nous coach un jour au Glénan.

E comme Estelle : notre rayon de soleil, qu'importe les intempéries tu gardes toujours le cap vers la positivité et la joie. C'est une véritable joie de passer des moments avec toi et ta jolie famille, Emilien et Raphou, qu'on aime tout autant que toi. Merci de m'avoir accordé des sessions révisions à Ploërmel ou à Lamballe, tu m'as réellement aidé à arriver au bout de ce travail.

C comme Céline : notre drama-queen qui sait percer nos tympans avec du son de qualité. Toujours présente pour pimenter les soirées ou réserver de magnifiques villas en vacances.

F comme Fanny : notre fausse 1996...je sais qu'au fond tu es une 1995. Cette année (plus que d'habitude) je me suis rendu compte de ta gentillesse et bienveillance à toute épreuve. Tu es toujours accueillante même dans les petits mètres carrés de ton van. J'envoie pleins de bonnes ondes pour Mél et toi, vous méritez tout le bonheur.

G comme Gaël : mon double. Heureusement que nos chemins se sont croisés, grâce à toi j'ai souvent mal aux zygomatiques et pour cela merci. Tu sais me faire rire mais tu sais aussi me rassurer si j'ai besoin. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi, avec ou sans cystite. J'espère t'avoir toujours à mes côtés (tu as intérêt à ne jamais disparaître). Je te souhaite le meilleur pour la suite, tu le mérites vraiment.

G comme Guillemette B. : notre fille lacrymale. La meilleure pour rire aux larmes à nos bêtises mais aussi la plus mignonnes pour réagir à nos plus belles annonces de mariage ou de bébés. Des bisous à Robin et « Manahault » eheh !

G comme Guillemette V. : présente depuis les bancs du MS. Notre belle personne et experte en vertige. On attend toujours notre formation !

REMERCIEMENTS

M comme Marie : notre maman bientôt réellement maman. Le destin nous a permis de nous rencontrer et il ne compte pas nous séparer de sitôt. Tellement hâte que ta fille (oui je suis toujours très confiante ^^) découvre les incroyables parents que Liam et toi allez être.

M comme Morgane : notre experte en facteur rhumatoïde. Déjà hâte d'assister à votre magnifique mariage avec Phil. Plein de bonheur sur Lyon ou en Bretagne à vous deux.

Q comme Quentin : notre professeur et maintenant homme marié à la jolie Aurélie.

S comme Ségolène : Roulty, ma deuxième petite sœur, nous devons avoir des cœurs siamois car chaque peine que tu as m'atteint aussi et chaque bonheur que tu reçois me transperce de joie. Tout comme à notre acolyte de SéGaMa, je ne te souhaite que d'être heureuse en trouvant ta voie. Tout ira bien je te le promets.

S comme Solenn : que tu sois brune ou rousse, bretonne ou normande tu ne changes pas à chaque fois que l'on se retrouve. C'est toujours un plaisir de parler avec toi de bouquins, de films, de voyage, de bouffe (de pistache) ou de rien. Plaisir partagé avec ta grande perche Arthur et ta petite perche Merlin.

V comme Victoria : notre pokemon rare et photographe officiel d'EVJ. Merci pour ton regard d'artiste sur des beaux moments de vie. Coucou à Robin aussi qui aimerait te voir plus sur des photos ahah.

A mes co-internes, Margaux, Camille, Chloé, Ludmilla, Clémence, Marie, Sarah, Kévin et Simon. Vous avez égayé mes journées de stages.

A Paul. Déjà 8 ans que tu me supporte. Merci pour ton soutien et ton amour sans faille. Je suis si fière de ton parcours et très heureuse de devenir à tes côtés Docteur également. Tellement heureuse d'avancer chaque jours et hâte de découvrir une nouvelle facette de toi...car je n'ai aucun doute sur le fait que tu vas être un incroyable papa !

A toi, en cours de fabrication mais déjà tellement important.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Devis de l'étude générale**
- 2. Population**
- 3. Questionnaire**
- 4. Recueil des données**
- 5. Analyse des données**

RÉSULTATS

- 1. Réponses et taux de participation**
- 2. Caractéristiques des internes interrogés**
- 3. Profils des MSU et pratiques en matière de VAD**
- 4. Formations des internes**
- 5. Sentiment de compétence des internes**
 - 5.1. Analyses descriptives
 - 5.2. Analyses comparatives
- 6. Intention des internes**
 - 6.1. Analyses descriptives
 - 6.2. Analyses comparatives

DISCUSSION

- 1. Principaux résultats**
- 2. Forces et limites**
- 3. Comparaison avec les données de la littérature**
- 4. Formation des VAD dans les autres facultés**
- 5. Implications et perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Marguerite des compétences en médecine générale (Annexe 1)**
- 2. Questionnaire de thèse (Annexe 2)**
- 3. Lettre MSU (Annexe 3)**

INTRODUCTION

L'idée d'aborder les Visites à Domicile (VAD) vient de plusieurs faits, tout d'abord en discutant avec des médecins en fin de carrière ou retraités ainsi qu'avec des jeunes médecins et des collègues internes j'ai pu constater un contraste au niveau des pratiques selon la génération. Notamment sur la gestion du temps de travail et de la place de certaines pratiques, spécifiquement la place des VAD. Dans mon imaginaire, les VAD étaient indissociables du médecin généraliste et tout particulièrement du médecin dit de campagne. Je constate aussi une variabilité importante dans la formation aux visites à domicile en fonction des différents lieux de stage et de la diversité des pratiques des Maîtres de Stage Universitaires (MSU). Je trouve donc pertinent d'explorer l'influence potentielle de la pratique des MSU sur les internes au sujet des visites à domicile. Par la suite, cela permet également d'avoir une vision des projets des futurs internes et donc de connaître l'avenir des visites à domicile.

Dans la littérature, les VAD sont définies comme une visite effectuée par le médecin au domicile du patient afin de réaliser un acte diagnostique et/ou thérapeutique (1). Les motifs de VAD sont multiples : urgence, renouvellement d'ordonnance et suivi, problème aigu somatique ou psychiatrique, mais également hospitalisation à domicile. En 2010, 93% des VAD sont effectuées par les médecins généralistes (2). Le médecin généraliste est au cœur du système de soins ambulatoire, notamment en tant que premier interlocuteur des patients. Les VAD sont un des éléments clés de la dispense des soins ambulatoires. Notamment du fait du vieillissement de la population avec, en 2023, 27,4% de la population qui a 65 ans ou plus (3). De plus, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoit jusqu'en 2040 une forte progression de la proportion des 65 ans ou plus, en lien avec le baby-boom (4). Il existe aussi, en 2022, une augmentation de l'espérance de vie à 85,2 ans pour

les femmes et 79,3 ans pour les hommes (5). Ce qui va se traduire par une augmentation des besoins de VAD à domicile et en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées). A contrario, ces dernières années il existe une diminution des VAD de l'ordre de 5% par an depuis 1996 et entre 2001 et 2003 diminution de l'ordre de 30% (2). Cette nette diminution est due à plusieurs facteurs : tel que l'évolution de la démographie médicale qui se manifeste par une diminution du nombre de médecins généralistes. On constate aussi des regroupements géographiques des médecins engendrant une inégalité en matière d'offre de soins, et donc de VAD, entre les territoires. Mais également le souhait d'une meilleure qualité de vie des médecins avec notamment une diminution du temps de travail hebdomadaire et surtout une modification de ce temps de travail. Une étude de 2019, montre que le temps de travail des médecins généralistes libéraux est en moyenne de 54 heures par semaine, ils passent 44 heures 30 auprès des patients (avec des consultations en moyenne de 18 minutes), 5 heures 30 sont dédiées aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances (6). La durée moyenne du temps de travail hebdomadaire est stable depuis 2014, il existe uniquement une baisse entre 2011 et 2014. On constate une variation horaire dans le temps consacré au patient en fonction de l'âge et du sexe du praticien ; en effet le temps passé en consultation est de 41 heures 30 pour les moins de 50 ans contre 46 heures pour les plus de 50 ans, et il est 41 heures pour les femmes et 46 heures 30 pour les hommes. On sait également qu'un acte en VAD dure en moyenne 41 minutes (dont 13 minutes pour le déplacement), contre 18 minutes au cabinet.

D'autres éléments occupent une part primordiale dans ces modifications ; les Accords du Bon Usage des Soins (AcBUS) en août 2002 qui permettent de cadrer les VAD, la modification du paysage médical et le changement dans la permanence des soins. L'AcBUS est un engagement collectif pour l'optimisation des pratiques conclu entre la caisse nationale de l'assurance

maladie et la fédération française des médecins généralistes (connu aussi sous le nom de MG France, c'est un syndicat français de médecins généralistes). Cet accord concerne les soins dispensés au cabinet du médecin et régit les obligations respectives des signataires concernant la bonne utilisation des VAD. L'AcBUS introduit la notion de VAD justifiées et non justifiées. Il cherche à faire évoluer les pratiques en diminuant le nombre de soins hors cabinet avec majoration de déplacement ou non. Pour atteindre cet objectif, a été mis en place un référentiel de bon usage des soins à domicile qui prévoit les conditions dans lesquelles le médecin peut facturer la majoration de déplacement. Ce référentiel précise notamment que le médecin ne peut percevoir la majoration de déplacement qu'à la condition que l'état de dépendance du patient soit conforme aux critères prédéfinis. Les majorations de déplacement peuvent être autorisées pour critères médicaux (âge du patient, autonomie, pathologie...) ou critères environnementaux.

Conjointement à ces modifications, la vision du médecin généraliste et des internes en médecine générale à propos des VAD a évolué. En effet, de multiples études ont montré que les VAD sont vues comme contraignantes, peu rentables, chronophage et offrant un soin de qualité inférieur à celui délivré en cabinet (7-9). Cependant, plusieurs éléments suggèrent que les VAD pourraient rester une activité pertinente. En effet, les VAD restent perçues comme un élément fondamental du métier de médecin généraliste, elles permettent entre autres de varier sa pratique et de casser la monotonie du cabinet, de renforcer la relation médecin-malade, de mieux connaître l'environnement des patients et donc d'aider au maintien à domicile (10-12).

Depuis 2004, la médecine générale est considérée comme une spécialité médicale. Le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale constitue le troisième cycle des études médicales. Celui-ci a connu plusieurs changements au cours des dernières années.

Actuellement, le DES est constitué d'une formation théorique (hors stage) ainsi que d'une formation pratique (en stage) à visée professionnalisante (13). Pour y arriver les chercheurs en pédagogie conseillent de développer une approche par compétence (APC). La certification à la fin du 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. Le DES de médecine générale vise donc l'acquisition, au terme de la formation, des six compétences suivantes (représentées sous la forme de marguerite des compétences (Annexe 1) :

- Premier recours et urgences : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- Relation, communication, approche centrée-patient : capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- Approche globale, prise en compte de la complexité : capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire : capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

- Continuité, suivi coordination des soins autour du patient : capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.
- Professionnalisme : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. (13)

Parmi ces compétences plusieurs font écho de manière non explicite aux VAD. Par exemple, les soins centrés patient qui peuvent évoquer le fait de connaître un patient dans son entièreté, lui et son environnement, et pour cela il est tout à fait pertinent d'avoir connaissance de son lieu de vie et donc d'avoir réalisé une visite à son domicile. La coordination des soins autour du patient permet, par exemple, d'aborder comment organiser un maintien à domicile d'une personne âgée ou polypathologique, ou encore la mise en place de moyen pour une fin de vie à domicile. Malgré l'évocation possible de la VAD dans plusieurs des compétences citées ci-dessus, on ne retrouve aucun enseignement où la VAD est le sujet central et incontournable. Il est donc possible qu'en fonction des intervenants, des choix de discussion, des expériences récentes des internes, dont l'exposition en stage et le modèle de rôle des MSU, ou de divers autres facteurs, la VAD ne soit que très peu, voire jamais, évoquée. Ce qui contraste avec le souhait des internes qui souligne les besoins de formation. En effet, une étude de 2011, publiée dans la revue *Exercer*, cherche notamment à identifier les besoins de formations des internes en matière de VAD. Les résultats de cette étude montrent que le manque de formation théorique est un point régulièrement mis en avant par les internes. Une des solutions proposées dans cette étude était les groupes d'échange et d'analyse de parole (GEAP), qui est

en partie dépendante de l'envie internes à un instant précis. L'enseignant animateur de ces groupes de parole joue également un rôle primordial dans le choix des situations et des sujets abordés, de ce fait il peut faire en sorte de correspondre aux besoins des internes (14).

Depuis 2017, un remodelage de la maquette du DES est en cours avec le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) rendu obligatoire. L'objectif à terme est que 50% des stages soient réalisés en ambulatoire. La loi Retailleau de 2022, ajoute une quatrième année de médecine général au DES, qui se déroulera sauf projet professionnel particulier en médecine générale ambulatoire. Le but étant notamment de professionnaliser les internes avant l'installation (15). Une hypothèse est que la formation aux VAD a essentiellement lieu lors des stages, d'abord lors du stage chez le praticien, puis lors du SASPAS. On pourrait donc se demander si l'exposition des internes aux VAD durant leur stage est déterminante sur leur sentiment de compétence et leur intention à en réaliser par la suite.

J'ai décidé de centrer mon travail de recherche sur trois départements du Pays de la Loire rattachés à la subdivision d'Angers ; le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Certaines zones de ces départements appartiennent aux zones sous-dense du territoire (principalement en Mayenne et en Sarthe). En effet, en France, certains territoires sont qualifiés de zones sous-denses en médecin, c'est-à-dire que la densité médicale est moins importante que dans d'autres régions du pays. Il existe deux catégories de zones sous-denses qui sont définies par les Agences Régionales de Santé (ARS) : les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) qui correspondent aux zones les plus fragiles, et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC). Les ARS s'appuient sur un indicateur de référence l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin généraliste, qui prend en compte les facteurs suivants : le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans (pour anticiper les futurs départs à la retraite), l'activité de chaque

praticien (mesuré par le nombre de consultations ou de VAD effectués dans l'année), le temps d'accès aux praticiens et le recours aux soins des habitants par classe d'âge (16). Un territoire est considéré comme zone sous-dense si son APL est inférieure ou égale à 2,5 consultations par an et par habitant. Il existe une dégradation de l'APL et donc de l'offre théorique en médecine générale. Ce qui est en partie dû à une baisse du nombre de consultations proposées par les médecins et à une diminution du nombre de généralistes libéraux pris en compte dans le calcul de l'APL (départ à la retraite et effet du numerus clausus de 1970-1980). Dans le même temps, la demande augmente (besoins croissants de la population du fait d'une croissance démographique, 1,5% en 2015-2018), ce qui génère un déséquilibre entre l'offre médicale et la demande de soins (17). En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant (contre 4,06 en 2015) et la part de la population française vivant en zone sous-dotées en médecins généralistes avoisine les 6%. Les APL par département sont les suivantes ; en Maine-et-Loire elle est proche de la moyenne nationale avec 3,8 consultations par an et par habitant. A contrario, en en Mayenne on est à 2,8 consultations par an et par habitant et en Sarthe également à 2,8 ce qui est inférieur à la moyenne nationale (18).

L'atlas du conseil national de l'ordre des médecins montre une variation départementale du nombre de médecins généralistes en activité de 6,3% entre 2010 et 2022 en Maine-et-Loire (et - 0,7% entre 2021 et 2022), de -19,6 % entre 2010 et 2022 (et -1% entre 2021 et 2022) en Sarthe et de -17,2 % entre 2010 et 2022 (et -1,8% entre 2021 et 2022) en Mayenne (19). Concernant la Mayenne, les dernières données datent de 2021 ; on constate que 61% du département recense des APL inférieures ou égales à 2,5 consultations/habitant/an (20). Par ailleurs, on peut retrouver sur le site du Conseil de l'Ordre de la Mayenne une évolution de la démographie médicale par catégorie. Au 1er janvier 2020, sur le territoire mayennais il y a

296 médecins inscrit comme médecins généralistes à l'Ordre (les assistants ne sont pas comptabilisés car non-inscrits au tableau de l'Ordre), cependant seulement 173 médecins généralistes ont une activité libérale. L'autre moitié des médecins exercent en tant salariés avec la majorité ayant une activité en structure (hôpital, centre d'IVG (interruption volontaire de grossesse), en PMI (protection maternelle et infantile), etc...) (20-21).

On constate que depuis l'an 2000, 6 à 15 médecins généralistes libéraux cessent leur activité par an contre 4 à 11 qui débutent chaque année, ce qui revient en 20 ans à l'arrêt de 172 médecins contre l'arrivée de 125 médecins, soit 47 médecins en moins en deux décennies (21). Concernant les médecins généralistes salariés, la tendance est à l'augmentation avec, en vingt ans, l'arrêt d'activité de 181 médecins contre l'arrivée de 237 médecins, soit une augmentation de 56 médecins généralistes salariés (21).

Un état des lieux de la VAD par les médecins généralistes en France en 2016 montre que plusieurs facteurs influencent la pratique ou non des VAD dans les différents territoires. L'un des facteurs est la densité médicale, en effet le résultat de l'étude montre qu'il y a plus de VAD dans les départements affichant une densité médicale supérieure à la moyenne nationale. Parmi les dix départements avec le plus faible taux de VAD sur le nombre d'actes totaux on retrouve notamment la Mayenne avec 4,7% et la Sarthe avec 4,6% (deux départements qui ont bien une densité médicale inférieure à la moyenne nationale en 2026) (22). Evidemment d'autres facteurs influencent ce taux de VAD comme, par exemple, la proportion de personnes âgées sur un territoire.

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier la formation reçue en SASPAS des internes de la subdivision d'Angers par leurs MSU, le sentiment des internes vis à vis de leurs compétences acquises et leurs intentions d'exercer des VAD dans leur pratique future.

MÉTHODES

1. Devis de l'étude générale

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale sur les VAD dont le recueil de données a été réalisé par des questionnaires établis à base de questions fermées. La rédaction des questions a eu lieu s'appuyant sur les données de la littérature. Une attention était portée afin que chaque question soit de compréhension aisée, sans ambiguïté et qu'elle apporte une information pour répondre à la question de recherche. L'enchaînement des questions était également réfléchi de façon à garder une logique et une continuité à la lecture.

Les premières données ont été récoltées lors du séminaire « entrée dans la vie professionnelle » du semestre d'été 2023, soit les 20 et 21 septembre 2023, et la deuxième partie des données au moment du même séminaire mais lors du semestre d'hiver 2023-2024, soit les 11 et 12 mars 2024.

Le séminaire sur l'installation est un séminaire obligatoire destiné aux internes de médecine générale affiliés à la faculté d'Angers et en stage en SASPAS. Il aborde différents sujets, relatifs à l'entrée dans la vie professionnelle, notamment les remplacements et l'installation future, mais aussi divers aspects financiers et de gestions administratives, comme les charges du cabinet, la fiscalité ou encore les cotisations à l'URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales).

Du fait de son caractère obligatoire, ce sont des journées qui permettent de retrouver tous les internes qui sont en semestre en SASPAS ce qui me permettait d'être exhaustive. Par ailleurs, ce séminaire se déroule plutôt en fin de semestre et touche donc des internes qui sont depuis plusieurs mois en SASPAS.

2. Population

Le recrutement des participants s'est effectué lors de ces journées à la faculté d'Angers, lors d'une rencontre en présentielle. La population ciblée était constituée de tous les internes de médecine générale ayant réalisés leur stage ambulatoire praticien et leur SASPAS. Les critères d'inclusions étaient donc les suivants : être interne en médecine générale, être inscrit à la faculté d'Angers et être en SASPAS dans la subdivision d'Angers (Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe). La population était composée d'internes hommes et femmes, de différentes tranches d'âges, effectuant leur semestre SASPAS en Maine-et-Loire, Mayenne ou en Sarthe, dans des milieux urbains, semi-rural et rural, dans des cabinets seuls ou en maison de santé.

3. Questionnaire

Les questionnaires (Annexe 2) comportaient 30 questions. Il était composé d'une partie principale propre aux internes de médecine générale. Ces premières données étaient récoltées le jour même où le questionnaire était remis en main propre aux internes. La partie propre aux internes du questionnaire était divisée en trois parties. La première partie permettait de recueillir les caractéristiques de l'interne : sexe, âge, semestre actuel et département(s) où il a effectué son SASPAS. La deuxième partie permettait de recueillir des caractéristiques des

MSU chez qui les internes avaient effectué leur SASPAS (département d'exercice, lieu d'exercice, type de structure d'exercice) et sur leur formation avec ce MSU en matière de VAD (nombre, type et motifs de VAD, formation reçue par l'interne sur les VAD et leur ressenti par rapport à cela). Pour le choix du MSU, l'interne devait sélectionner celui chez qui il estimait avoir effectué le plus de VAD. La troisième partie abordait la formation des VAD hors-stage ainsi que la satisfaction des internes par rapport à chaque item. Il y avait une partie complémentaire dans le questionnaire, plus courte et propre aux MSU, qui a permis de recueillir la partie du Relevé Individuel Actes et Prescriptions (RIAP) en lien avec les VAD.

4. Recueil des données

Le jour du séminaire, j'ai réalisé une présentation orale de mon projet de thèse et de son objectif. Les internes ayant accepté de participer, m'ont donné leur accord oralement. Une fois l'accord obtenu, ils ont pu remplir le questionnaire et me le restituer le jour-même. Tout au long de la rédaction des questionnaires je restais disponible pour répondre aux éventuelles questions.

J'ai laissé mes coordonnées mail et téléphonique pour que les internes puissent me communiquer une donnée à récolter sur le RIAP de leurs MSU (après avoir obtenu leur accord). Cette donnée correspond au nombre de VAD inscrit sur le RIAP (relevé individuel d'activité et de prescriptions) des MSU. J'avais également collecté les adresses mails des internes, pour pouvoir les relancer en cas d'oublis de réponse.

Les réponses au questionnaire étaient nominatives puis ont été anonymisées dans un second temps. Afin de pouvoir relier les questionnaires aux données des RIAP de leur MSU, les internes

devaient indiquer leur identité sur chaque document. L'identité a été remplacée par un numéro, grâce au codage suivant : affiliation d'un numéro à chaque interne (exemple : interne 01, interne 02, etc..). Le même numéro était utilisé pour le RIAP de chaque MSU (exemple : MSU 01, MSU 02, etc...). De cette façon, j'ai pu relier les données.

Comme le retour des internes sur les données RIAP de leur MSU était faible en septembre, pour le second recueil j'ai changé de stratégie. Après accord du coordinateur du séminaire de mars 2024 j'ai réalisé un mail ainsi qu'une lettre explicative qui a été transmise aux internes participants au séminaire un mois avant. Le mail et la lettre précisaient l'objectif de ma thèse et la donnée que je souhaitais recueillir auprès de leurs MSU (Annexe 3). Cette lettre servait également d'information aux MSU des internes pour qu'ils puissent comprendre le but et donner cette information en connaissance de cause. Un rappel par mail a été envoyé 15 jours avant le séminaire. Le jour du séminaire, les internes n'ont plus qu'à compléter cette donnée sur mon questionnaire de thèse.

5. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées sur Excel afin de réaliser une analyse descriptive : effectifs et pourcentage pour les variables qualitatives et moyenne et écart-type pour les variables quantitatives.

Par la suite une analyse comparative a été réalisée à l'aide de BiostaTGV. Des associations ont été recherchées entre la formation reçue (pratique et théorique) et : d'une part le sentiment de compétence, d'autre part l'intention de réaliser des VAD dans la pratique future.

Les outils statistiques étaient les suivants :

- Réalisation de tableaux de contingence
- Utilisation du test de Fisher pour les variables qualitatives non ordonnées et Kruskal-Wallis et Wilcoxon pour les variables qualitatives ordonnées
- Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative

RÉSULTATS

1. Réponses et taux de participation

Les internes répondant aux critères d'inclusion étaient au nombre de 102. Le taux de participation est de 100%, soit la totalité de la promotion ayant réalisé leur SASPAS entre mai 2023 et avril 2024. Les internes ayant pu récolter le nombre de VAD inscrit sur le RIAP de leur MSU est de 39 (dont 31 en mars 2024 et uniquement 8 en septembre 2023). Le taux de réponse pour le RIAP était donc 38.2%.

2. Caractéristiques des internes interrogés

L'âge moyen était de 27.3 ans avec un écart-type à 1.0. Il y avait 68.6% de femme et 31.4% d'homme. Concernant le semestre d'étude, 54.9% étaient en 5ème semestre et 45.1% en 6ème semestre de médecine générale.

3. Profils des MSU et pratiques en matière de VAD

Les maîtres de stage universitaire exerçaient en Maine-et-Loire pour 38.2% d'entre eux, en Mayenne pour 28.4% et en Sarthe pour 33.3%. Le lieu d'exercice était pour la moitié en rural, pour 27.5% en semi-rural et pour 22.5% en urbain. Les MSU exerçaient, pour 45.1% dans une MSP (maison de santé pluridisciplinaire), pour 43.1% dans un cabinet de groupe et 11.8% travaillaient seul. La majorité des MSU exerçaient avec plusieurs médecins, dont 40.2% sont avec au moins 5 autres médecins.

Concernant la pratique des MSU en matière de VAD (tableau I) ; la majorité (91.2%) réalisaient des VAD en EHPAD ainsi qu'au domicile (hors EHPAD) des patients. Seulement 2.9% ne réalisaient que des VAD en EHPAD et 5.9% uniquement au domicile. Le motif des VAD était principalement du renouvellement d'ordonnance (98%) et des motifs d'urgences (85.3%). Le nombre de VAD hebdomadaire étaient majoritairement de 1 à 5 (56.6%) et 6 à 10 (33.3%). Une minorité réalisaient plus de 10 VAD par semaine avec 5.9% entre 10 et 15 VAD par semaine et 2% plus de 15.

Au sujet de l'organisation des VAD dans le planning des MSU, 61% répartissaient les VAD sur plusieurs jours de la semaine (par exemple entre 12h et 14h), 27.5% avaient une à plusieurs demi-journées dédiées aux VAD et 4% avaient une journée complète pour les VAD.

Tableau I : Pratiques des MSU en matière de visites à domicile (VAD)

		Nombre
Type de VAD	Domicile (hors EHPAD)	6 (5.9%)
	EHPAD	3 (2.9%)
	Les deux	93 (91.2%)
Motifs de VAD	Urgences	87 (85.3%)
	Suivi / renouvellement	100 (98%)
	Autre	3 (2.9%)
Nombre de VAD moyen par semaine	0	2 (2%)
	1 à 5	58 (56.9%)
	6 à 10	34 (33.3%)
	10 à 15	6 (5.9%)
	> 15	2 (2%)
	Demi-journée(s) dédiées	28 (27.5%)

Organisation des VAD sur une semaine	Une journée complète	4 (3.9%)
	Répartition sur la semaine (ex : sur le temps de midi)	63 (61.8%)
	Autre	7 (6.8%)

Concernant les RIAP des 39 MSU, on retrouvait de janvier à juin 2023, un nombre de VAD moyen de 128 sur six mois soit 21 VAD par mois et 4.9 VAD par semaine. Au vu du faible taux de réponse concernant le RIAP, nous n'exploiterons pas cette donnée pour la suite de l'étude.

4. Formations des internes

Au cours de leur SASPAS, 67.6% des internes avaient réalisé des VAD en autonomie : 44.1% en avaient réalisé 1 à 10 et 23.5% plus de 10. Ces VAD étaient réalisées de façon hebdomadaire pour 18.6% (tableau II).

Avant la première VAD en autonomie, 81.4% des internes avaient reçu une formation de la part de leur MSU (32.4% sous la forme de VAD en binôme avec son MSU, 46.1% avec un briefing oral, 2.9% via un document explicatif).

En dehors du stage, on constatait que 25.5% des internes avaient abordé les VAD lors d'enseignements transversaux à la faculté et 52% lors de GEAP en stage praticien et/ou en SASPAS.

Tableau II : Formations des internes en matière de visites à domicile (VAD)

		Nombre
Réalisation de VAD en autonomie lors du SASPAS	Oui	69 (67.6%)
	Non	33 (32.4%)
Nombre de VAD en autonomie lors du SASPAS	0	33 (32.4%)
	1 à 5	26 (25.5%)
	6 à 10	19 (18.6%)
	11 à 15	10 (9.8%)
	16 à 20	6 (5.9%)
	> 20	8 (7.8%)
Rythme des VAD	Hebdomadaire	19 (18.6%)
	Bimensuelle	11 (10.8%)
	Mensuelle	3 (2.9%)
	Occasionnelle	36 (35.3%)
	Jamais	33 (32.4%)
Formation du MSU avant la première VAD en autonomie	VAD en binôme	33 (32.4%)
	Briefing oral	47 (46.1%)
	Documents	3 (2.9%)
	Rien	19 (18.6%)
Nombre de VAD en binôme avec le MSU avant la 1ère VAD en autonomie	0	68 (66.7%)
	1 à 5	31 (30.4%)
	6 à 10	1 (1%)
	11 à 15	0 (0%)
	16 à 20	1 (1%)
	> 20	1 (1%)

5. Sentiment de compétence des internes

5.1. Analyses descriptives

L'autoévaluation des internes, sur leurs compétences en matière de VAD, au moment où ils répondaient aux questionnaires montrait que 43% (39% + 4%) des internes jugeaient leurs compétences comme satisfaisantes ou très satisfaisantes. Pour 15% des internes, le niveau de compétence était jugé insatisfaisant (figure 1).

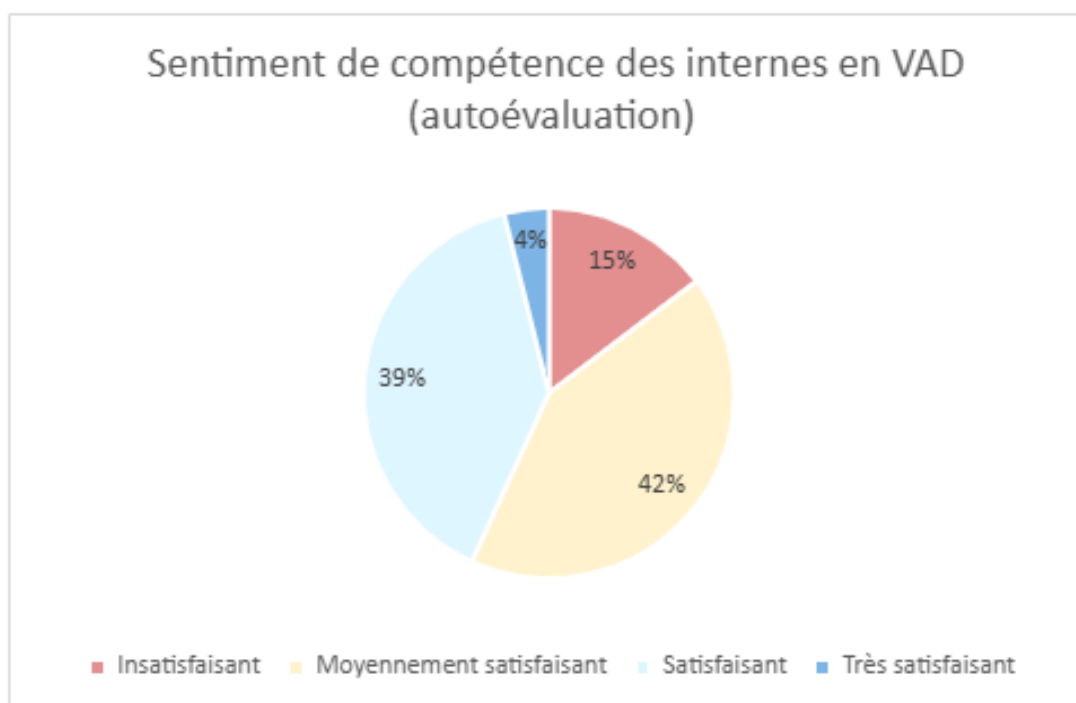


Figure 1 : Sentiment de compétence des internes en VAD

Les internes se disaient plus à l'aise pour leurs VAD en autonomie après avoir reçu une formation de leur MSU ; en effet 94.1% des 34 internes concernés se déclaraient plus à l'aise (tout à fait ou plutôt) après la réalisation de VAD en binôme avec leurs MSU et 92% des 50 internes concernés après avoir eu une formation type briefing oral ou remise de document par le MSU (figure 2).

La formation par enseignements transversaux à la faculté, permettait à 76.9% des 26 internes ayant réalisé les cours de se sentir plus à l'aise en VAD. Les GEAP permettaient à 66% des 53 internes de se sentir plus à l'aise également (figure 2).

Au total, 72.8% des internes considéraient que leur SASPAS leur permettrait de se sentir plus à l'aise pour leurs prochaines VAD en autonomie.

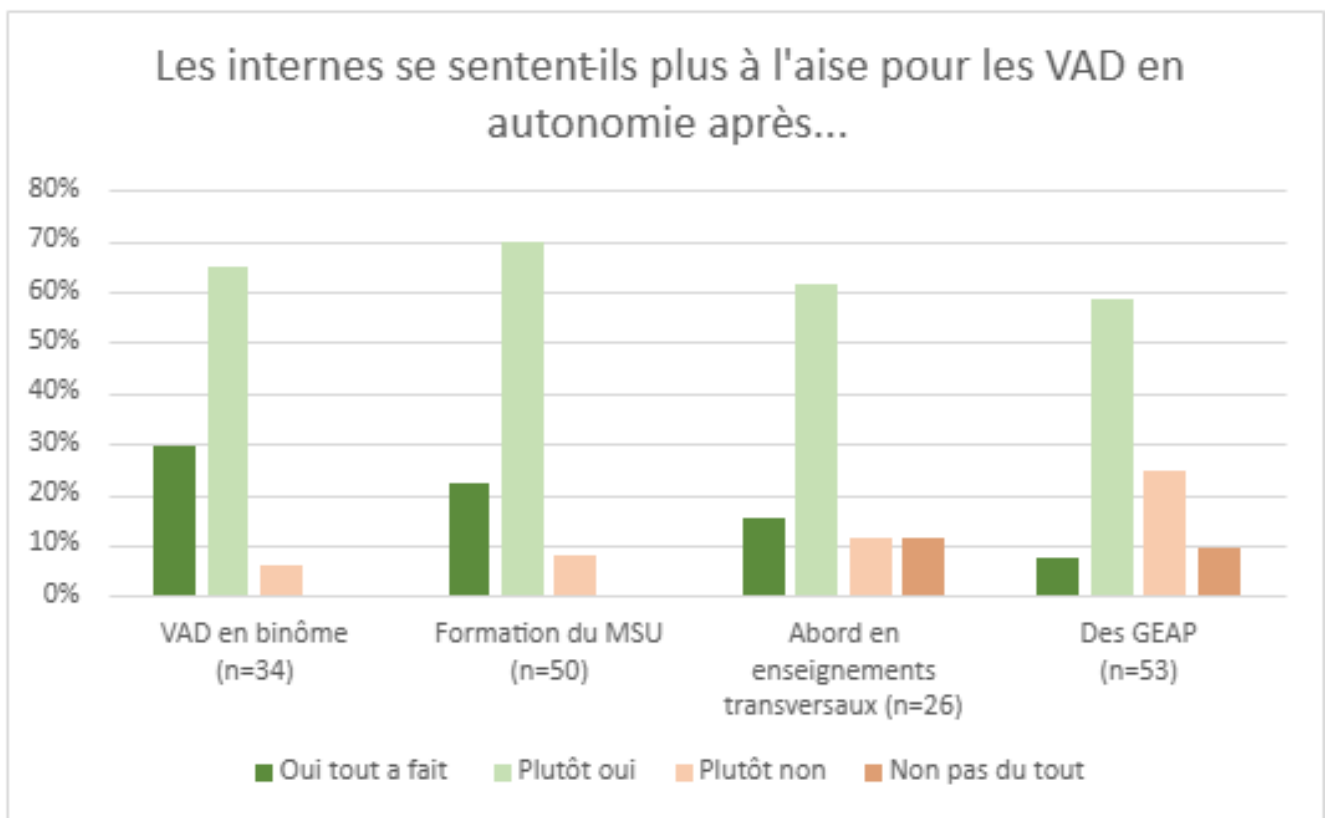


Figure 2 : Variation du sentiment d'aisance des internes en VAD en fonction de la formation reçue (n=internes concernés)

5.2. Analyses comparatives

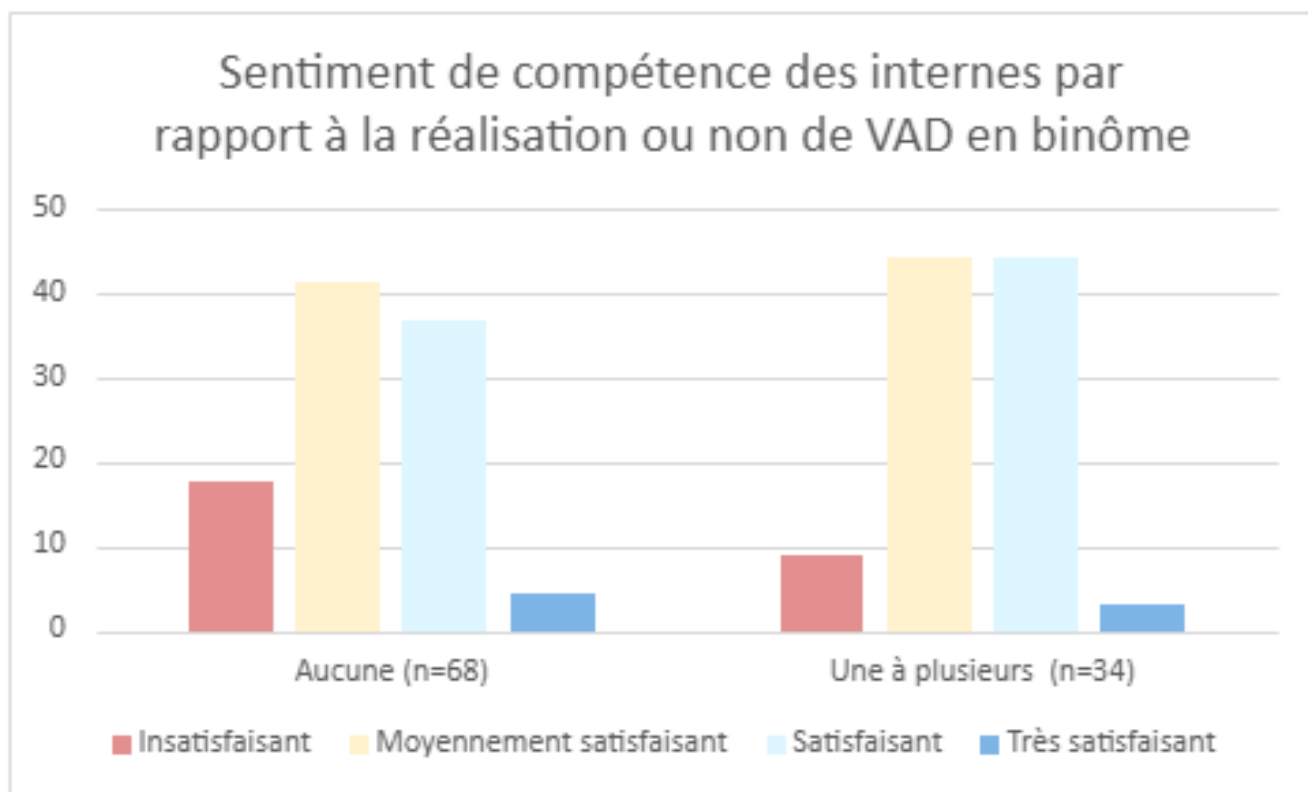


Figure 3 : Sentiment de compétence des internes en VAD par rapport à la réalisation ou non de VAD en binôme pendant le SASPAS (n=internes concernés)

Parmi les 34 internes ayant réalisé des VAD en binôme avec son MSU, 16 (47.1%) jugent leurs compétences en VAD satisfaisantes ou très satisfaisantes. Parmi les 68 internes n'en ayant pas réalisé en binôme, 28 (41.2%) jugent leurs compétences satisfaisantes ou très satisfaisantes (figure 3). On ne retrouvait pas d'association statistiquement significative entre la réalisation de VAD en binôme et le sentiment de compétence en VAD (test de Kruskal-Wallis, $p=0.32$).

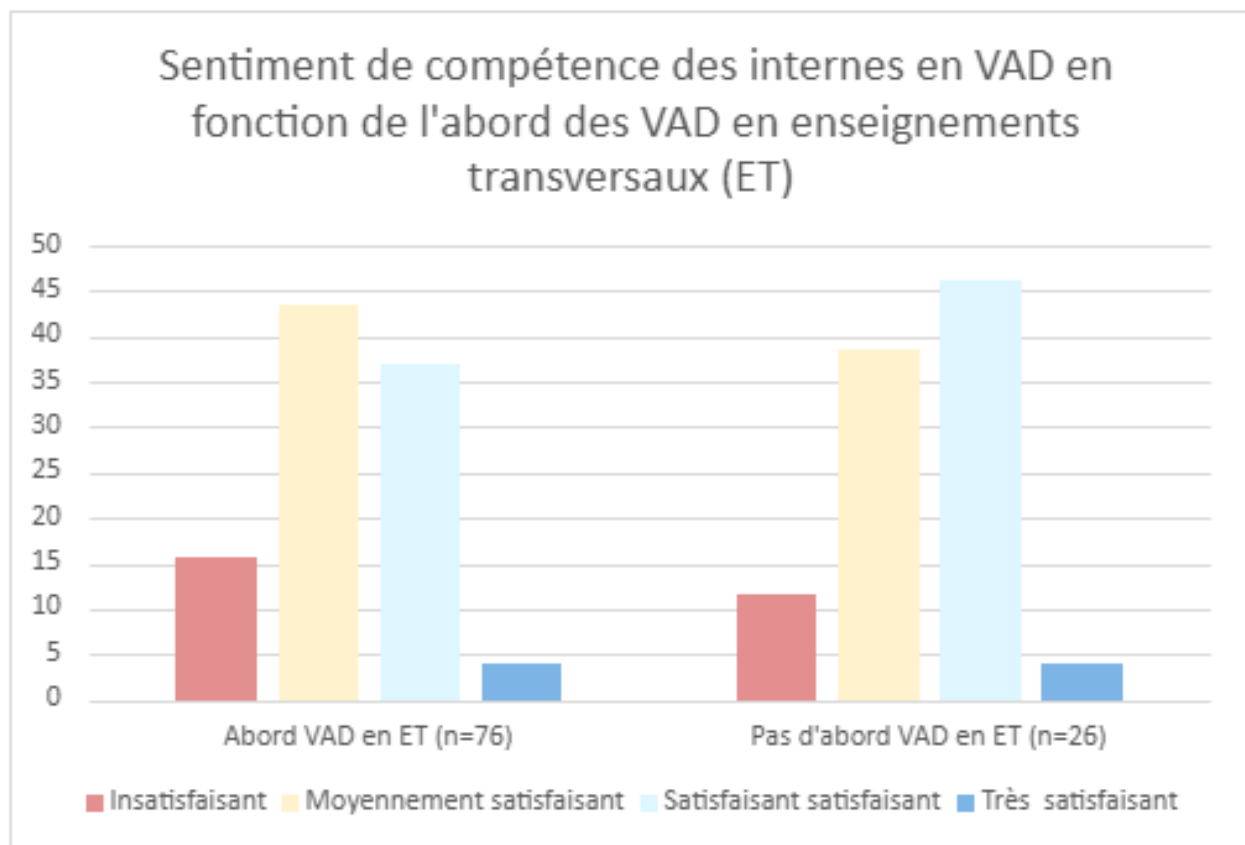


Figure 4 : Sentiment de compétence des internes en VAD en fonction de l'abord des VAD en enseignements transversaux (ET) (n=internes concernés)

Parmi les 76 internes ayant abordé les VAD durant les enseignements transversaux, 31 (40.8%) jugent leurs compétences en VAD satisfaisantes ou très satisfaisantes. Contre 13 (50%) des 26 internes n'ayant pas abordé les VAD lors de ses enseignements (figure 4). Il n'existe pas de différence statistiquement significative (test de Wilcoxon, $p=0.13$).

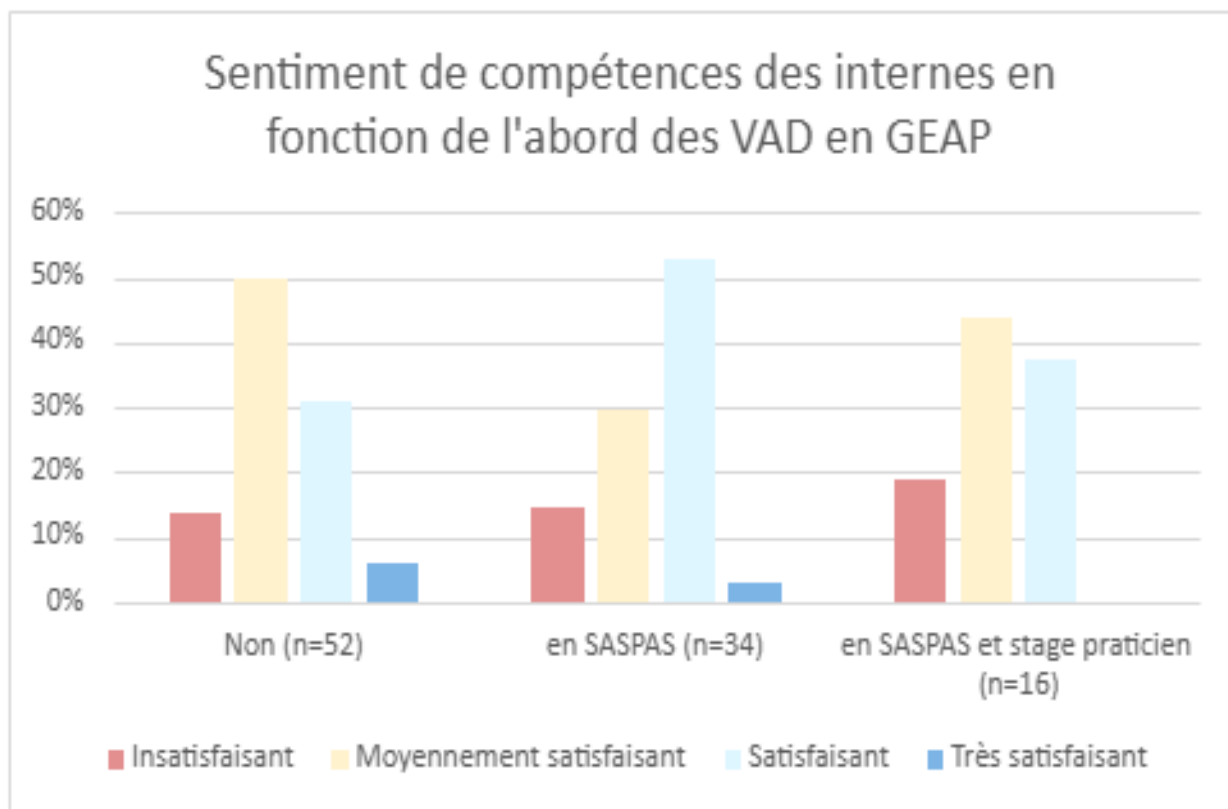


Figure 5 : Sentiment de compétences des internes en VAD en fonction de l'abord des VAD en GEAP (n=internes concernés)

Parmi les 52 internes n'ayant jamais abordé les VAD en GEAP, 22 (42.3%) jugent leurs compétences satisfaisantes ou très satisfaisante. Parmi les 50 internes ayant abordé les GEAP au minimum en SASPAS, 25 (50%) jugent leurs compétences satisfaisantes ou très satisfaisante (figure 5). On ne retrouvait pas d'association statistiquement significative entre la réalisation l'abord des VAD en GEAP et le sentiment de compétence en VAD (test de Kruskal-Wallis, $p=0.40$).

6. Intention des internes

6.1. Analyses descriptives

Concernant la pratique future des internes, 69% projetaient de réaliser des VAD, 10% ne pensaient pas en réaliser et 21% ne se savaient pas encore (figure 6).

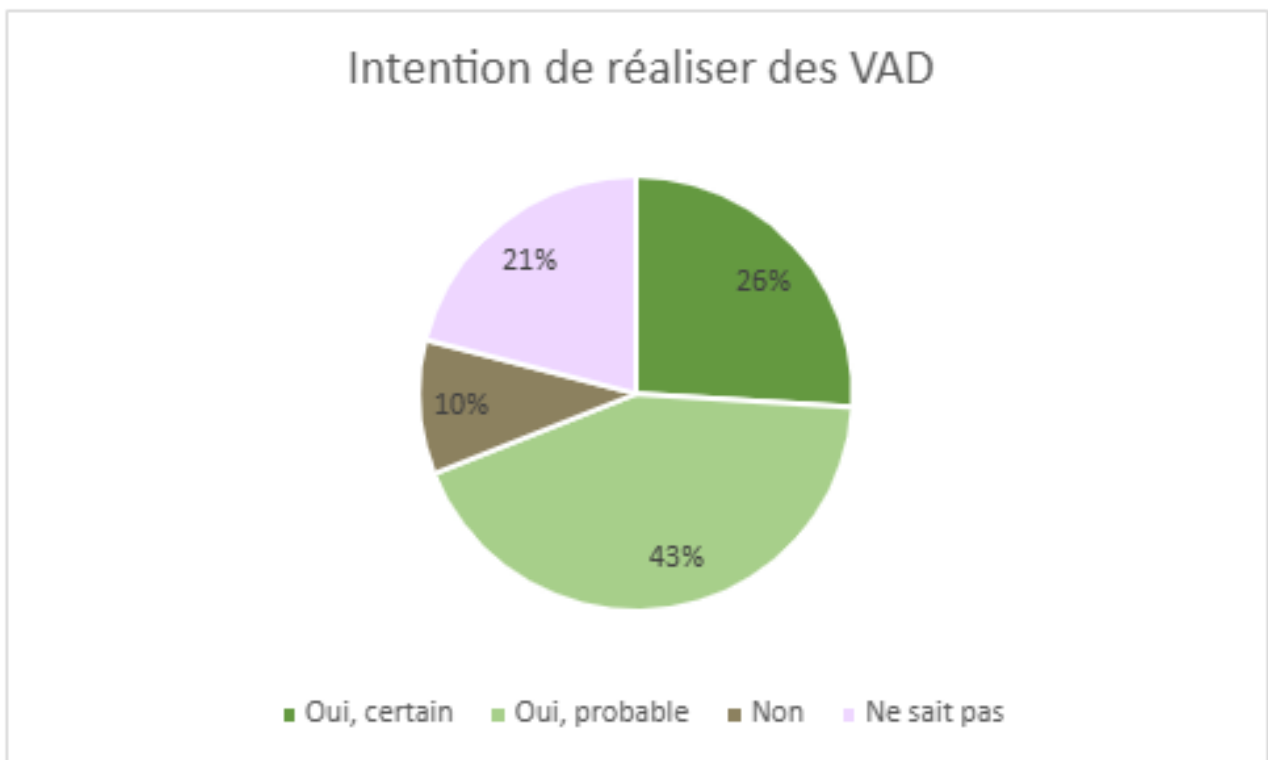


Figure 6 : Intention des internes de réaliser des VAD

6.2. Analyses comparatives

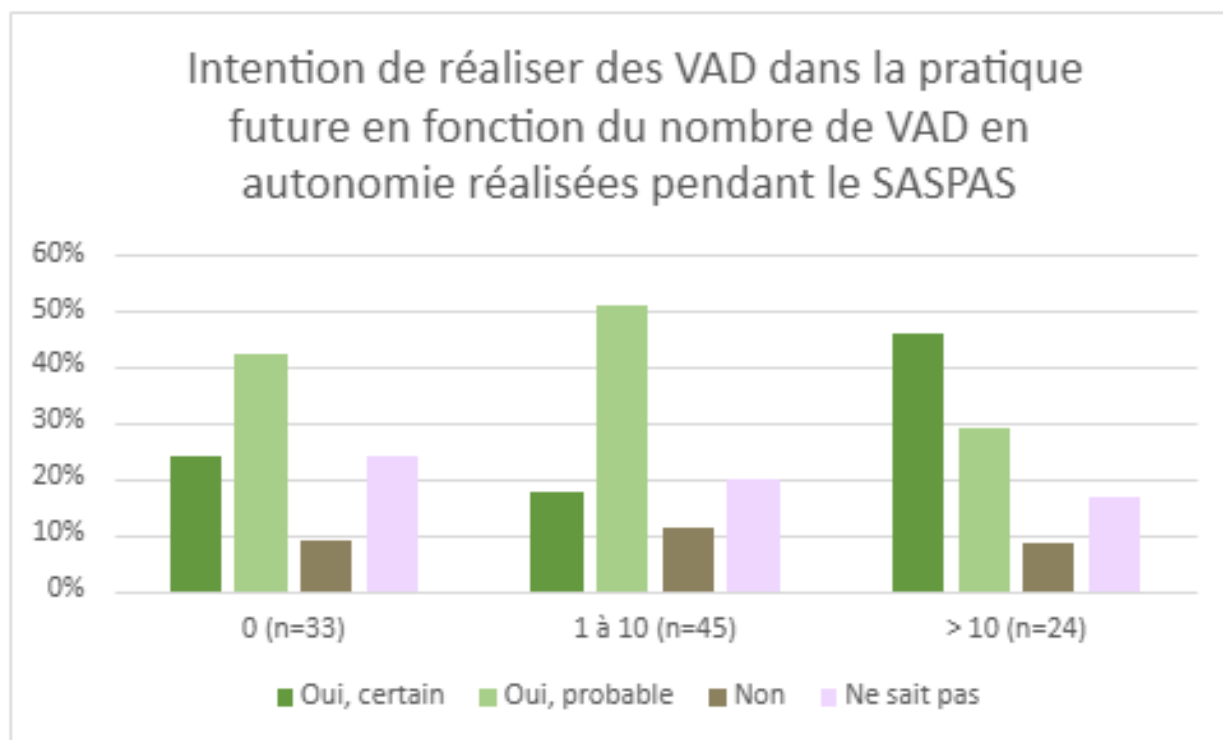


Figure 7 : Intention de réaliser des VAD dans la pratique future en fonction du nombre de VAD en autonomie réalisées pendant le SASPAS (n=internes concernés)

Parmi les 24 internes ayant effectué plus de 10 VAD en autonomie lors du SASPAS, 11 (45.8%) sont certains de réaliser des VAD dans leurs pratiques futures contre 8 (24.2%) des 33 internes n'ayant pas réalisé de VAD en autonomie (figure 7). Il n'existe pas de différence statistiquement significative (test de Fisher, $p=0.35$).

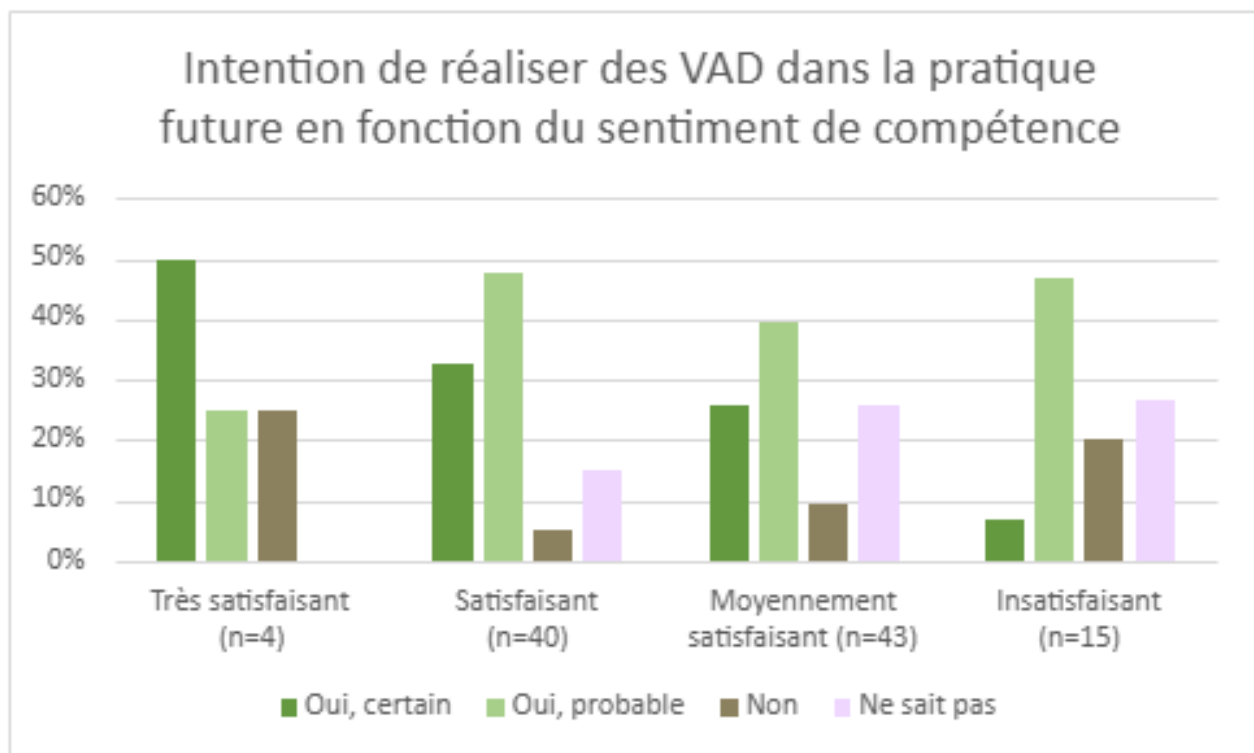


Figure 8 : Intention de réaliser des VAD dans la pratique future en fonction du sentiment de compétence (n=internes concernés)

Parmi les 44 internes jugeant leurs compétences satisfaisantes à très satisfaisantes, 35 (79.5%) ont l'intention de réaliser des VAD dans leurs pratiques futures. Parmi les 15 internes jugeant leurs compétences insatisfaisantes, 8 (53.3% avec seulement 1 interne certain (6.7%)) ont l'intention de réaliser des VAD (figure 8). Malgré le fait que l'intention de réaliser des VAD semblait plus forte chez les internes jugeant leurs compétences satisfaisante ou très satisfaisante, on ne retrouvait pas d'association statistiquement significative (test de Kruskal-Wallis, $p=0.12$).

DISCUSSION

1. Principaux résultats

L'objectif de cette étude était d'explorer la formation des internes de la subdivision d'Angers en matière de visites à domicile, de connaître leur sentiment de compétence vis-à-vis des VAD et d'avoir une vision de leur pratique future.

On constatait que 2/3 des internes avaient réalisé des VAD en autonomie au cours du SASPAS. La plupart des internes (81.4%) avaient reçu une formation de la part de leur MSU et parmi ces internes, la quasi-totalité se déclaraient plus à l'aise dans la pratique des VAD après la formation reçue. Concernant la formation à la faculté, on constatait que 1/4 des internes avaient abordé les VAD lors d'enseignements transversaux et la moitié lors de GEAP. Les internes se déclaraient plus à l'aise après les enseignements transversaux pour 3/4 d'entre eux et après les GEAP pour 2/3 d'entre eux.

Les internes jugeaient leurs compétences satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 43% d'entre eux, 42% moyennement satisfaisantes et 15% insatisfaisantes. Le sentiment de compétence des internes ne semblait pas influencé par la formation reçue par le MSU, par l'abord des VAD en enseignements transversaux ou en GEAP ou encore par le nombre de VAD en autonomie effectué au cours du SASPAS.

Au sujet de la pratique future des internes, 69% projetaient de réaliser des VAD, 10% ne pensaient pas en réaliser, 21% ne savaient pas encore. Même si l'intention de réaliser des VAD

semblait plus forte chez les internes jugeant leurs compétences satisfaisantes ou très satisfaisantes on ne retrouvait pas de différence statistiquement significative.

2. Forces et limites

Du fait du vieillissement de la population et des difficultés d'accès aux soins pour les personnes âgées fragiles, la formation et le projet futur des internes en médecine générale en matière de VAD constituent un enjeu actuellement important. Cette étude porte sur une thématique originale et peu étudiée notamment sous la forme d'étude quantitative

La population d'étude, était constituée des internes de la subdivision d'Angers en cours de SASPAS. Le taux de participation était de 100% (absence de biais de participation) mais ne concernait qu'une seule promotion et une seule ville. La validité externe de ce travail est limitée par le contexte Angevin, puisque les données ne concernaient que les internes de la subdivision d'Angers.

Le faible effectif ($n=102$) de l'étude a probablement induit un manque de puissance à l'étude, ce qui pourrait expliquer l'absence de différence significative entre les internes ayant été davantage formés ou exposés aux VAD durant leur SASPAS et les autres. Par ailleurs, du fait de la nature déclarative de l'enquête, un biais de déplacement de la réponse (« response shift bias » en anglais (23)) est probable, biais selon lequel les internes modifient leur auto-évaluation des compétences selon les formations auxquelles ils ont participé et les situations auxquelles ils ont été confrontés. Ce type de biais implique une surestimation de ses compétences avant d'être formé ou confronté à une situation et une sous-estimation après,

du fait d'une prise de conscience de lacunes qu'on ne percevait pas avant. De ce fait, le biais de déplacement de réponse peut provoquer une réduction (voire une inversion) de la différence observée entre les différents groupes d'internes comparés.

En revanche, le biais de mémorisation semble assez marginal pour la plupart des questions, car les internes étaient interrogés au cours de leurs SASPAS.

L'enquêtrice, interne en médecine générale, était novice en matière de recherche quantitative. Son inexpérience a pu avoir un impact sur le travail notamment sur la qualité du questionnaire. En effet, a posteriori, certaines questions étaient ambiguës et manquaient de précision. On retrouvait aussi des chevauchements et des problèmes de catégories dans les réponses du questionnaire. Tout ceci pouvant engendrer un biais d'information.

3. Comparaison avec les données de la littérature

Ce travail de thèse, portant sur la formation des internes en VAD semble pertinent. En effet, le besoin de formation à la VAD est largement exprimé par les internes interrogés dans la thèse de Laura Chenda Sok. C'était une étude qualitative réalisée en 2022 menée auprès des internes de médecine générale et jeunes médecins d'Île-de-France ayant effectué un SASPAS après l'année 2017 (24).

A Angers, 34 des 102 internes interrogés, soit 32.4%, ont pu réaliser des VAD en binôme avec leur MSU avant d'être en autonomie. Les VAD en binômes permettent dans un premier temps d'être observateur puis acteur quand le moment est venu.

Dans la thèse de L. Sok, les internes témoignaient également d'un besoin d'apprentissage en observation. En observant la pratique de son MSU, les internes rapportaient disposer d'un modèle sur la posture à adopter au domicile, sur la disponibilité du médecin et la prise de place dans le domicile (ex : se mettre à genoux à côté du fauteuil, ouvrir seul les portes...) mais aussi d'avoir une idée du déroulé de la visite et d'appréhender la gestion du temps.

Dans mon travail, 47 des 102 internes, soit 46.1%, ont pu avoir un briefing oral avant leurs premières VAD en autonomie. La majorité des internes se sentait plus à l'aise après les briefing avec leurs MSU. Les internes interrogés dans le travail précédemment cité étaient demandeurs d'avoir un retour d'expérience des MSU et de connaître l'évolution de leur pratique au fil du temps. Ce temps de briefing oral, leur permettait d'échanger avec leurs MSU, de poser des questions sur l'attitude à adopter en VAD ou sur leur ressenti lors de leurs premières VAD et d'avoir un retour sur leur expérience personnelle.

On pouvait mettre en avant, dans mon travail, le besoin d'accompagnement des internes notamment avec des VAD en binôme, en effet 94% des 34 internes concernés se déclaraient plus à l'aise après la réalisation de VAD en binôme. Dans la thèse de L. Sok, les participants étaient demandeurs d'être acteurs de la VAD tout en étant accompagné par leur MSU. Idéalement, une préparation des VAD avec le MSU en amont est souhaitée (anticipation des conduites à tenir, faire des hypothèses diagnostiques pour anticiper le matériel à apporter). Il est décrit également que la présence du MSU pour les premières VAD est intéressante car elle est vécue comme rassurante par l'interne, elle permet aussi de légitimer sa présence auprès du patient (plusieurs internes évoquaient le sentiment de ne pas se sentir à l'aise en allant seul au domicile), elle peut également permettre de réaliser une supervision directe (debriefing lors des trajets en voiture par exemple) qui est très appréciée par les internes.

Dans mon travail de recherche on constatait que dans la subdivision d'Angers, 1/3 des internes n'avaient pas réalisé de VAD au cours du SASPAS. Bien que la charte des MSU (25) fasse mention de la VAD, les MSU restent libres de leurs pratiques et, même lorsqu'ils en réalisent, n'en proposent pas obligatoirement à leurs internes. Dans l'étude de Sok L. (24) et dans le travail de thèse de David di Pompey (14), les internes plébiscitaient une uniformisation de la formation avec un intérêt de réaliser systématiquement des VAD sur le semestre pour à minima leur faire découvrir cette pratique.

Dans mon étude, il y existe une faible variabilité dans le nombre de VAD réalisés durant le SASPAS, en effet très peu d'internes ont réalisé beaucoup de VAD (16 internes entre 11 et 20 VAD et 8 internes 21 VAD ou plus). De ce fait, on pouvait difficilement évaluer l'effet du nombre de VAD sur la formation. Cependant, dans le travail qualitatif de L. Sok, les internes d'Île-de-France interrogés mettaient en avant un besoin de progressivité pour devenir petit à petit autonome. La progressivité était aussi nécessaire sur le nombre de VAD à réaliser, sur le niveau de difficulté de celle-ci et sur le fait d'aller en urgences au domicile de patients déjà connus (24).

A Angers, seul 3 internes des 102 interrogés rapportaient avoir reçu des documents de leurs MSU pour les aider à la VAD. Cependant, les internes interrogés à Paris, sont partants pour avoir des outils comme une liste ou un guide des VAD abordant le matériel nécessaire dans le sac de VAD (matériel médical et administratif) ainsi que les coordonnées des intervenants et réseaux utiles pour la prise en charge à domicile (24, 26).

Dans mes résultats, et malgré leurs caractères complémentaires, les internes semblent trouver plus de bénéfice à la formation en stage avec leurs MSU que lors de la formation à la faculté. Dans l'étude Sok L., à Paris, 2 des 19 participants ne trouvaient aucun bénéfice aux différents travaux proposés (type RSCA (récit de situation complexe authentique) ou enseignements dirigés évoquant les VAD) pour s'améliorer en VAD. Toujours dans le même travail, les internes proposent des espaces d'échanges sous forme de GEAP (ce qui est déjà proposé sur Angers), d'enseignements dirigés après expérience ou encore des mises en situation avec des jeux de rôles.

Les données de la littérature sont plus rares sur l'étude du sentiment de compétence des internes en VAD ainsi que sur leurs intentions dans leurs pratiques futures, mais certaines références permettent toutefois de discuter les résultats de la thèse.

Dans la subdivision d'Angers, les internes se sentent plus à l'aise pour les VAD après la formation par le MSU cependant on ne retrouvait pas de lien statistiquement significatif entre la formation par le MSU et le sentiment de compétence. Cette absence de différence peut s'expliquer par le faible effectif ou par le biais de déplacement de réponse. Dans la thèse de Céline Lajzerowicz (27), il existe une plus-value à la supervision directe. Son travail est une enquête sur les pratiques de supervision et sur l'acquisition des compétences professionnelles réalisées auprès des internes en SASPAS en Aquitaine en 2016. Pour ce travail, 34 internes en SASPAS ont été interrogés par questionnaire sur l'autoévaluation de leurs compétences avant et après le stage. Ils devaient également décrire les modalités de supervision indirecte de chacun de leur MSU en début et fin de stage. Le lien, entre les caractéristiques de la supervision et la progression perçue, a ensuite été analysé. Son travail n'est pas spécifique des VAD mais les critères de qualité d'une bonne supervision restent les mêmes que pour une consultation

au cabinet. Elle met en évidence un lien statistiquement significatif entre la supervision (directe ou indirecte de qualité) et l'acquisition des compétences (27).

Un peu plus de 2 internes de la subdivision d'Angers sur 3 projetaient de réaliser des VAD. Le travail de thèse d'Anne-Marie Kham, a été réalisé en 2017 auprès d'internes en médecine générale et de patients picard est une étude qualitative (28). Ce travail a étudié la place de la VAD dans l'organisation des soins de demain. Il mettait en avant, via l'ambivalence des réponses données par les internes et les patients, une incertitude sur l'avenir de la VAD. Une enquête a été réalisée en 2024 par l'URPS (Union régionale des professionnels de santé) des médecins libéraux d'Île-de-France auprès de 974 médecins généralistes et gériatres libéraux franciliens (29). Cette enquête montrait que 72% des généralistes libéraux en cabinet ayant répondu déclaraient réaliser régulièrement des VAD. En moyenne, 32 patients sont suivis au domicile dans leur patientèle. Dans 68% des cas, le praticien réalise entre 1 et 5 VAD hebdomadaire pour des patients fréquemment âgés de plus de 80 ans. Pour 54%, ces VAD étaient réalisées prioritairement entre midi et 14h. Ce qui concorde avec les résultats de mon travail ; en effet 61.8% des MSU organisaient leurs VAD sur le temps de midi. Un des résultats principaux de l'enquête est un risque de désengagement accéléré des VAD par les médecins encore concernés, en effet un tiers des médecins ont une volonté d'arrêt. Les principales raisons sont la sous-valorisation de ces actes mais aussi l'épuisement des praticiens.

4. Formation des VAD dans les autres facultés

Sans prétendre ici à une recension exhaustive des dispositifs de formation existant dans les DMG, les données présentées ci-dessous montre que la formation au VAD entre les différentes facultés de France est hétérogène.

A Grenoble, le département de médecine générale propose un enseignement abordant les VAD. C'est un enseignement unique (réalisé une seule fois par les internes), optionnel et pratiqué sur deux jours consécutifs. Il s'adresse aux internes en phase d'approfondissement, ayant déjà fait un stage en ambulatoire. Au cours de cette enseignement, quatre situations cliniques standardisées (une par demi-journée) sont abordées. Dans cet enseignement, les internes sont en groupe de quatre à six et sont guidés par deux animateurs médecins ainsi que des experts de différentes professions (infirmière libérale, médecin gériatre, assistante sociale, pharmacienne hospitalière spécialisée en gériatrie) en fonction des thèmes abordés. Tout commence avec une brève présentation de la situation puis à tour de rôle les internes jouent le rôle du médecin. Les informations sont délivrées au fur et à mesure en fonction de leurs questions et démarches. A la suite du cas évolutif, il y a des travaux pratiques avec la rédaction d'ordonnance. A la fin, en plénière, il y a un debriefing.

D'autres propositions de formations sont retrouvées telles que l'utilisation de la réalité virtuelle notamment abordée dans le travail, à Londres, de Jenny Blythe et Robert Spiring (30). En effet, des chercheurs ont élaboré une « visite virtuelle à domicile » afin d'évaluer les chutes à domicile. L'utilisation d'un logiciel de réalité virtuelle pour les jeux de rôles sur les VAD a sensibilisé les étudiants sur les défis des VAD et leur ont apporté confiance sur cette pratique (30, 31).

Certains travaux évaluent des jeux vidéos à visée pédagogique. Pour favoriser l'apprentissage, ils réunissent quatre conditions : l'attention, l'engagement cognitif actif, la rétroaction et la consolidation via la répétition (32). D'après le travail de Antonia Blanié, ces « jeux sérieux » sont l'opportunité d'un apprentissage actif et expérientiel améliorant la prise de décision de façon comparable aux dispositifs traditionnels. Des travaux ont montré que les étudiants en santé semblent très motivé par l'utilisation de ses jeux sérieux car ils les perçoivent comme plus engageants et plus interactifs que les méthodes traditionnelles, et comme pouvant les aider dans l'apprentissage et la consolidation des connaissances.

Le travail de Duque, publié dans le Journal of the American Geriatrics society (AGS), a conçu un jeu vidéo simulant la maison d'un patient où les étudiants devaient évaluer le domicile tout en étant soumis à des contraintes (temporelle et distracteurs du domicile). Cette méthode a montré un haut engagement et était associée à une amélioration des connaissances (33). L'évaluation de cet outil a été obtenue à l'aide d'une enquête de rétroaction avant et après exposition ; les utilisateurs ont indiqué qu'il s'agissait d'une approche innovante de l'enseignement des sciences de la santé, que l'expérience était ludique et qu'elle avait un effet sur leur apprentissage ainsi que sur leur compréhension des besoins particuliers des personnes âgées.

5. Implications et perspectives

Notre étude s'est focalisée sur les internes de la subdivision d'Angers. Au vu de l'hétérogénéité de la pratique et de la formation au VAD existante dans les différentes régions de France, il

serait intéressant de préciser les besoins exprimés par les internes de ces différentes régions via de nouveaux travaux de thèse.

La pratique de la VAD en stage avec une supervision du MSU semble primordiale dans la formation des internes. Il conviendrait de favoriser l'accès aux VAD en stage, notamment en SASPAS.

Il serait intéressant d'essayer de nouvelles formations facultaires dans la subdivision d'Angers (comme cité précédemment : jeux de rôle, réalité virtuelle, jeux vidéos éducatifs). Avant cela, il conviendrait d'évaluer ces différentes techniques de formation et de sélectionner celles qui pourraient être efficaces dans les apprentissages et conviendraient le mieux au territoire Angevins.

Il serait aussi judicieux d'avoir les perceptions des MSU. Les études pourraient s'intéresser à leurs opinions concernant la formation des VAD des internes, à leur vécu lorsqu'il délègue des VAD aux internes, aux raisons du manque de VAD réalisées par les internes, à leurs besoins et freins pour favoriser la pratique des VAD. La vision du patient et de sa famille pourrait également être intéressante. Il conviendrait de connaître leur ressenti d'avoir un suivi avec un interne différent tous les 6 mois qui entre dans leur intimité.

Il serait intéressant de réinterroger les internes ayant participé à l'étude dans plusieurs années afin de savoir s'ils réalisent des VAD ou non et également faire un point sur le sentiment de compétences avec plusieurs années de pratique post-internat.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est au cœur du système de soins ambulatoires et les VAD font parties des éléments clés de la dispense de ces soins ambulatoires. La formation des internes de médecine générale, apparaît comme un levier essentiel pour garantir la pérennité de cette pratique au sein des futures générations de médecins.

Dans la subdivision d'Angers, 2/3 des internes avaient réalisé des VAD en autonomie pendant le SASPAS. La majorité des internes avaient reçu une formation de la part de leur MSU. L'autoévaluation des internes, sur leurs compétences en matière de VAD montrait que 43% des internes jugeaient leurs compétences comme satisfaisantes ou très satisfaisantes. Pour 15% des internes, le niveau de compétence était jugé insatisfaisant. Le sentiment de compétence des internes, ou leur intention de pratiquer des VAD dans le futur ne semblait pas influencé par le nombre de VAD effectuées au cours du SASPAS, ni par la formation reçue à la faculté, mais ce résultat pourrait s'expliquer par un manque de puissance ou certains biais.

En intégrant les VAD de manière structurée et valorisée dans le cursus de formation, les internes peuvent développer des compétences spécifiques en soins de proximité, en évaluation du contexte socio-familial et en relation médecin-patient. Idéalement, pour l'amélioration de la formation il faudrait s'inspirer de méthodes pédagogiques efficaces (par exemple, systématiser la réalisation de VAD durant le SASPAS et le stage praticien) dans d'autres régions de France ou même existant à l'étranger si cela est compatible, mais les évaluations des dispositifs existants sont généralement insuffisantes pour juger de leur intérêt.

L'histoire de la VAD ne semble pas terminée, mais elle doit continuer d'évoluer pour rester attractive chez les jeunes médecins et réalisable dans le système de soin actuel. L'un des leviers pour q les VAD subsistent semble être la formation au cours de l'internat et tout particulièrement la formation reçue en stage par les MSU. A cela s'ajoute les enjeux et conditions d'exercice professionnel tel que la taille de la patientèle, les attentes vis-à-vis du médecin ou encore la rémunération des VAD, qui impacte également sur la pratique ou non de VAD. De ce fait, il serait intéressant de réaliser un travail de recherche comparant différentes techniques de formation en VAD et d'avoir un retour d'expérience des internes formés en terme de sentiment de compétence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Christol J. « Ressenti des jeunes médecins généralistes concernant l'apprentissage à la VAD (Visite A Domicile) » Enquête qualitative par entretien semi-dirigé [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université Côte d'Azur ; 2022
2. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé : Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Activité des professions de santé libérales. 2013 : [en ligne]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
3. INSEE : Population par sexe et groupe d'âges [en ligne]. Paru le 17/01/2023. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
4. Blanpain N. et Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. INSEE première. 2016;1619 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
5. INSEE : Bilan démographique 2022 [en ligne]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME
6. Chaput H, Verger P. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DRESS. 2019;1113.
7. Gautier É, Dréno P. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes ; 2012.
8. Tchamba V. Quelle est la vision actuelle et future des jeunes médecins généralistes de leur pratique de la visite à domicile en alpes maritimes ? [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université Nice Sophia Antipolis ; 2018.
9. Dufour A-L. La visite à domicile : encore d'actualité ? Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région

- Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017.
10. Vialtel SE. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine ; 2012.
 11. Schmutz C, Billet B. Perception de la visite à domicile en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes médecins généralistes héraultais [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier ; 2017.
 12. Jennah D. La visite à domicile : quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? : étude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de Paris XIII [Thèse d'exercice]. Université Sorbonne Paris Nord ; 2016.
 13. Compagnon L, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.
 14. Pompey D, Frappé P. Apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. Exercer. 2011;97:92-6.
 15. Deroche C, Imbert C. Proposition de loi : Formation des internes en médecine générale. Commission des affaires sociales. Sénat. <https://www.senat.fr/lessentiel/ppl21-419/pdf>
 16. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? Ministère de la santé et de la prévention Sante.gouv 2021 [en ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
 17. Legendre B, Lenglard F. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. DRESS 2020;1144 Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>

18. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans. Agence nationale de la cohésion des territoires. 2024 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans>
19. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des médecins. Situation au 1er janvier 2022 [en ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
20. Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2021. DREES 2021 [en ligne]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
21. Conseil départementale de la Mayenne de l'Ordre des Médecins Démographie médicale [en ligne]. Paru le 01/01/2020. Disponible sur : <https://conseil53.ordre.medecin.fr/content/demographie-medicale-12>
22. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Médecine humaine et pathologie [Thèse d'exercice]. 2019.
23. Levinson W, Gordon G, Skeff K. Retrospective Versus Actual Pre-Course Self-Assessments. Sage Journals. 1990 ;13(4) :445-452. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/016327879001300406>
24. Sok L. Quel est le besoin de formation des internes à la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisé ? [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Cité ; 2022.
25. Charte des MSU de Médecine générale 2021, CNGE. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
26. Girier P, Figon S. Trousse d'urgence en médecine générale. Encyclopédie Médicale Chirurgicale - Médecine. 2005;2(3):301-9

27. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2017.
28. Kham A. Les visites à domicile : quelle place dans l'organisation des soins de demain ? Perception des internes en médecine générale et des patients picards [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université d'Amiens ; 2017.
29. Juanole L. Visites à domicile, le début de la fin ? 37% des médecins traitants franciliens envisagent de jeter l'éponge. Le Quotidien du médecin. 2024. Disponible sur : [Visites à domicile, le début de la fin ? 37 % des médecins traitants franciliens envisagent de jeter l'éponge | Le Quotidien du Médecin \(lequotidiendumedecin.fr\)](https://www.lequotidiendumedecin.fr/visites-a-domicile-le-debut-de-la-fin-37-des-medecins-traitants-franciliens-envisagent-de-jeter-le-eponge)
30. Blythe J, Spiring R. The virtual home visit. Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr. 2020 ;31(4):244-6.
31. Wilson AB, Brown S, Wood ZB, Farkas KJ. Teaching Direct Practice Skills Using WebBased Simulations : Home Visiting in the Virtual World. J Teach Soc Work. 2013;33:421-37.
32. Blanié A. Intérêt des jeux sérieux pour la formation des professionnels de santé au raisonnement clinique et à la prise de décision. Pédagogie Médicale. 2022;23(2):135-40.
33. Duque G, Fung S, Mallet L, Posel N, Fleischer D. Learning while having fun: the use of video gaming to teach geriatric house calls to medical students. J Am Geriatr Soc. juill 2008;56(7):1328-32.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Sentiment de compétence des internes en VAD	20
Figure 2 : Variation du sentiment d'aisance des internes en VAD en fonction de la formation reçue	21
Figure 3 : Sentiment de compétence des internes en VAD par rapport à la réalisation ou non de VAD en binôme	22
Figure 4 : Sentiment de compétence des internes en VAD en fonction de l'abord des VAD en, enseignements transversaux	23
Figure 5 : Sentiment de compétence des internes en VAD en fonction de l'abord des VAD en GEAP	24
Figure 6 : Intention des internes de réaliser des VAD	25
Figure 7 : Intention de réaliser des VAD dans la pratique future en fonction du nombre de VAD en autonomie réalisées pendant le SASPAS	26
Figure 8 : Intention de réaliser des VAD dans la pratique future en fonction du sentiment de compétence	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Pratique des MSU en matière de visites à domicile (VAD) 17

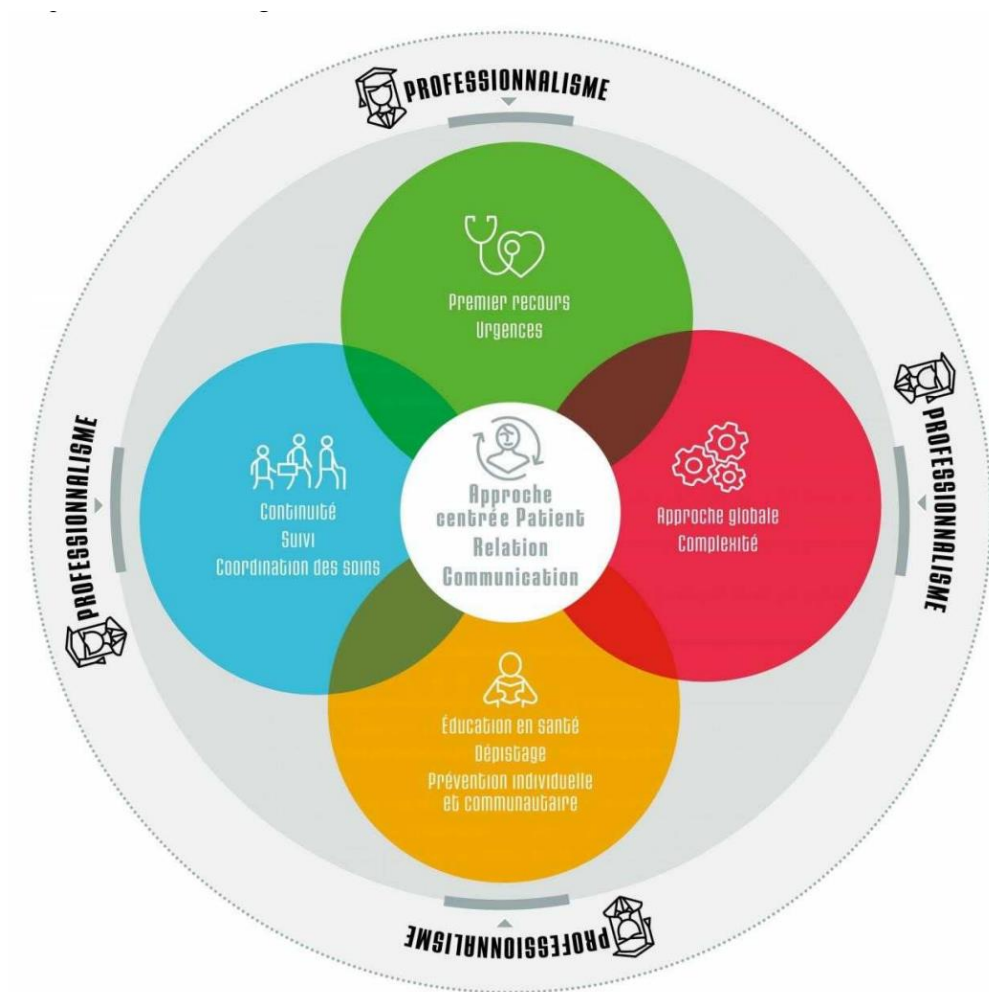
Tableau II : Formations des internes en matière de visites à domicile (VAD) 19

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	11
1. Devis de l'étude générale.....	11
2. Population	12
3. Questionnaire.....	12
4. Recueil des données	13
5. Analyse des données.....	14
RÉSULTATS	16
1. Réponses et taux de participation	16
2. Caractéristiques des internes interrogés	16
3. Profils des MSU et pratiques en matière de VAD	16
4. Formations des internes	18
5. Sentiment de compétence des internes	20
5.1. Analyses descriptives.....	20
5.2. Analyses comparatives	22
6. Intention des internes	25
6.1. Analyses descriptives.....	25
6.2. Analyses comparatives	26
DISCUSSION	28
1. Principaux résultats	28
2. Forces et limites.....	29
3. Comparaison avec les données de la littérature	30
4. Formation des VAD dans les autres facultés.....	35
5. Implications et perspectives.....	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX.....	45
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES.....	I
1. Marguerite des compétences en médecine générale (Annexe 1)	I
2. Questionnaire de thèse (Annexe 2)	II
3. Lettre MSU (Annexe 3)	IV

ANNEXES

1. Marguerite des compétences en médecine générale (Annexe 1)



2. Questionnaire de thèse (Annexe 2)

Visites à domicile : pratique des Maîtres de Stage Universitaire et intention des internes de médecine générale en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe

Questionnaire

CHAPITRE PROPRE AUX INTERNES

Partie 1 : Identité

Nom : _____ Prénom : _____ (Toutes les données seront anonymisées)

1/ Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2/ Quel est votre âge ?

3/ En quel semestre êtes-vous ?

- 5ème semestre de médecine générale
- 6ème semestre de médecine générale

4/ Dans quel(s) département(s) avez-vous effectué votre SASPAS ?

- Maine-et-Loire
- Mayenne
- Sarthe

Partie 2 : SASPAS et VAD

Pour la suite des questions, veuillez choisir l'un des MSU chez qui vous avez effectué votre SASPAS. Pour ce choix, merci de sélectionner **le MSU chez qui vous avez réalisé le plus de VAD**.

Pouvez-vous renseigner le chiffre correspondant au **nombre de VAD** (visite à domicile) renseigné sur le **RIAP** procuré par votre MSU : _____

Pouvez-vous renseigner à quelle période correspond le RIAP de votre MSU :

- De janvier à juin 2023
- Toute l'année 2023
- Toute l'année 2022
- Si autre, pouvez-vous renseigner la période : _____

Si vous n'avez pas le RIAP de votre MSU, pouvez-vous me laisser votre numéro de téléphone afin que je vous recontacte dans les prochains jours : _____

5/ Dans quel département se situe le MSU que vous avez sélectionné ?

- Maine-et-Loire
- Mayenne
- Sarthe

6/ Quel est le lieu d'exercice du MSU ?

- Rural (< 10 000 habitants)
- Semi-rural (10 000 à 50 000 habitants)
- Urbain (> 50 000 habitants)

7/ Dans quel type de structure exerce votre MSU ?

- Seul dans un cabinet
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluri-professionnelle

8/ Combien de médecins généralistes exercent dans cette structure en dehors de votre MSU (et hors remplaçant) ?

- Aucun
- Un
- Deux
- Trois
- Quatre
- Cinq ou plus

9/ Quel type de VAD (visite à domicile) votre MSU réalise-t-il ?

- VAD chez les patients
- VAD en EHPAD
- Les deux

10/ Combien réalise-t-il de VAD en moyenne sur une semaine ?

- Aucune
- 1 à 5
- 6 à 10
- 10 à 15
- > 15

11/ Comment sont organisées les VAD dans le planning hebdomadaire ?

- Une à plusieurs demi-journée(s) dédiée(s) aux VAD
- 1 journée complète dédiée aux VAD
- VAD réparties sur plusieurs jours de la semaine (par exemple sur le temps de midi)
- Autre

12/ Quels sont les motifs des VAD ?

- Motifs d'urgence
- Motifs de consultation de suivi / renouvellement d'ordonnance
- Autre

13/ Votre MSU vous a-t-il proposé de réaliser des VAD ?

- Oui
- Non

14/ Votre MSU vous a-t-il imposé de réaliser des VAD ?

- Oui
- Non

15/ Avez-vous réalisé des VAD en autonomie (c'est-à-dire seul) lors de votre stage ?

- Oui
- Non

16/ Combien de VAD en autonomie pensez-vous en avoir effectué sur le semestre ?

- Aucune
- < 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- 16 à 20
- > 20

17/ A quel rythme avez-vous réalisé les VAD en autonomie ?

- De façon hebdomadaire
- De façon bi-mensuelle
- De façon mensuelle
- De façon plus occasionnelle en fonction de la demande
- Jamais

18/ Avant la première VAD en autonomie, avez-vous réalisé une ou plusieurs VAD en binôme avec votre MSU ?

- Aucune
- < 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- 16 à 20
- > 20

19/ Est-ce que faire vos premières VAD en binôme vous a permis de vous sentir plus à l'aise pour les VAD en autonomie ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Non concerné par la question

20/ Avant votre première VAD en autonomie, votre MSU vous a-t-il formé ?

- Oui avec un briefing oral
- Oui en me délivrant un document avec les essentiels à savoir
- Non
- Non concerné par la question

21/ Est-ce que la formation de votre MSU vous a permis de vous sentir plus à l'aise pour les VAD en autonomie ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Non concerné par la question

22/ Pour ceux n'ayant réalisé aucune VAD au cours de leur SASPAS, est-ce que vous auriez voulu en effectuer ?

- Oui
- Non
- Non concerné par la question

23/ Pour ceux n'ayant réalisé aucune VAD au cours de leur SASPAS : selon vous, quelle est la raison de l'absence de réalisation de VAD ?

- Absence de VAD dans la pratique de votre MSU
- Absence de proposition de réaliser des VAD de la part de votre MSU
- Absence d'occasion nécessitant une VAD
- Refus de votre part de réaliser les VAD
- Non concerné par la question

24/ Considérez-vous que votre SASPAS vous permettra de vous sentir plus à l'aise lors de vos prochaines VAD en autonomie ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Non concerné par la question

Partie 3 : VAD et formation hors-stage

25/ Avez-vous abordé la question des VAD lors des journées de formations théoriques type enseignements transversaux ?

- Oui
- Non

26/ Le fait d'aborder les VAD lors de journées de formations théoriques vous a-t-il permis de vous sentir plus à l'aise pour les VAD ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Non concerné par la question

27/ Avez-vous abordé la question des VAD lors des séances de GEAP ?

- Oui, lors du GEAP en stage praticien
- Oui, lors du GEAP en SASPAS
- Oui, lors des 2 niveaux de GEAP
- Non

28/ Le fait d'avoir abordé les VAD en GEAP vous a-t-il permis de vous sentir plus à l'aise pour les VAD ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Non concerné par la question

29/ Comment qualifieriez-vous vos compétences actuelles en matière de VAD ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Insatisfaisant

30/ Envisagez-vous de réaliser des VAD dans votre pratique future ?

- Oui, c'est certain
- Oui, probablement
- Je ne sais pas encore
- Je pense que non

Merci d'avoir répondu à mon questionnaire.

Maëlle Berrah

3. Lettre MSU (Annexe 3)

Pr. William BELLANGER
Professeur associé
Directeur du Département
william.bellanger@univ-angers.fr

Pr Cécile ANGOULVANT
Professeure associée
cecile.angoulvant@univ-angers.fr

Pr. Laurent CONNAN
Professeur associé
Coordonnateur du D.E.S.
laurent.connan@univ-angers.fr

Pr. Catherine DE CASABIANCA
Professeure associée
Directrice des programmes
catherine.decasbianca@univ-angers.fr

Pr Aline RAMOND-ROQUIN
Professeure et Directrice de la Recherche
aline.ramond@univ-angers.fr

Pr Christine TESSIER CAZENEUVE
Professeure associée
christine.tessiercazeneuve@univ-angers.fr

Dr Cyril BEGUE
Maître de conférences
cyril.begue@univ-angers.fr

Dr Matthieu CHOPIN
Maître de conférences associé
matthieu.chopin@univ-angers.fr

Dr Maria GHALI
Maîtresse de conférences associée
maria.ghali@univ-angers.fr

Dr Jessica GUELFF
Maîtresse de conférences associée
jessica.guelff@univ-angers.fr

Dr Ghislaine JUDALET-ILLAND
Maîtresse de conférences associée
ghislaine.judalet@univ-angers.fr

Dr Thibaut PY
Maître de conférences associé
Responsable des stages ambulatoires
thibaut.py@univ-angers.fr

Dr Gaëlle TEXIER LEGENDRE
Maîtresse de conférences associée
gaelle.texier-legendre@univ-angers.fr

Dr Marion DEHAINAULT
Cheffe de clinique
marion.dehainault@univ-angers.fr

Dr Mélanie FAIVRE
Cheffe de clinique
melanie.faivre@univ-angers.fr

Dr Sophie LACAN
Cheffe de clinique
sophie.lacan@univ-angers.fr

Dr Pauline LEFEUVRE
Cheffe de clinique
pauline.lefeuvre@univ-angers.fr

Dr Bintou OUATTARA
Cheffe de clinique
bintou.ouattara@univ-angers.fr

Dr Matthieu PEUROIS
Chef de clinique
matthieu.peurois@univ-angers.fr

Dr Lila TILLARD
Chef de clinique
lila.tillard@univ-angers.fr

Secrétariat Médecine Générale 3e cycle
scol3mg@contact.univ-angers.fr

Laurence VEYER
Tél. 02 41 73 58 10
laurence.veyer@univ-angers.fr

Lucie BLIN
Tél. 02 41 73 59 43
lucie.blin@univ-angers.fr

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE



Angers, le 3 janvier 2024

Bonjour,

Votre interne SASPAS va participer au séminaire « Entrée dans la vie professionnelle » les 11 et 12 mars prochains. Lors de ces journées, je serai présente dans le cadre de mon travail de thèse.

En effet, sous la responsabilité de Pr RAMOND-ROQUIN Aline et de Dr TEXIER-LEGENDRE Gaëlle, je réalise la thèse suivante : "Visites à domicile (VAD) : pratique des Maîtres de Stage Universitaire et intention des internes de médecine générale en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe".

L'objectif est d'explorer :

- > La pratique, en termes de VAD, des MSU (nombre et type de VAD, organisation de travail...) ainsi que la formation qu'ils apportent aux internes en SASPAS chez eux.
- > Le sentiment des internes vis à vis de leurs compétences acquises sur les VAD
- > Les intentions des internes sur leurs pratiques futures des VAD.

Votre interne va vous solliciter, à la demande du responsable pédagogique du séminaire, pour apporter une version anonymisée de votre RIAP, qui sera utilisé avec ceux des autres MSU à des fins pédagogiques.

De plus, si vous êtes d'accord, je demanderai à votre interne, une donnée isolée de votre RIAP : nombre de VAD, afin de pouvoir effectuer mon travail de recherche. Je précise que toutes les données seront anonymisées.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : maelle.berrah@gmail.com ou par téléphone au 06.36.78.73.00.

Cordialement,

Berrah Maëlle

Sous la supervision de :
Pr RAMOND-ROQUIN Aline
Dr TEXIER-LEGENDRE Gaëlle



**Visites à domicile : formation en SASPAS, sentiment de compétence et intention
des internes de médecine générale de la subdivision d'Angers**

RÉSUMÉ

Introduction : Il existe un vieillissement de la population et des difficultés d'accès aux soins pour les personnes âgées fragiles. La formation et le projet futur des internes en médecine générale en matière de VAD constituent un enjeu actuellement important inspirant le thème de ce travail. Les objectifs de cette étude étaient d'étudier la formation reçue en SASPAS des internes de la subdivision d'Angers par leurs MSU, le sentiment des internes vis-à-vis de leurs compétences acquises et leurs intentions d'exercer des VAD dans leur pratique future.

Méthode : Une étude quantitative descriptive par enquête auprès des internes de médecine générale de la subdivision d'Angers a été réalisée. Les données ont été récoltées en deux temps lors d'un séminaire obligatoire « entrée dans la vie professionnelle », en septembre 2023 et en mars 2024. A partir de ces données, une analyse descriptive puis comparative a été réalisée.

Résultats : Le taux de participation était 100% (n=102). 2/3 des internes avaient réalisé des VAD en autonomie au cours du SASPAS. La plupart des internes avaient reçu une formation de la part de leur MSU, celle-ci leur permettait de se sentir plus à l'aise pour les prochaines VAD. Concernant la formation à la faculté, 1/4 des internes avaient abordé les VAD lors d'enseignements transversaux et 1/2 lors de GEAP. À la suite de cette formation les internes se déclaraient plus à l'aise. A contrario, le sentiment de compétence des internes ne semblait pas influencé par la formation reçue par le MSU, ni par le nombre de VAD effectué au cours du SASPAS, ni par la formation reçue à la faculté. De manière générale, les internes semblent trouver plus de bénéfice à la formation en stage avec leurs MSU que lors de la formation à la faculté. Concernant l'avenir des VAD, plus de 2/3 des internes projetaient d'en réaliser, 10% ne pensaient pas en réaliser et 21% de savaient pas encore.

Conclusion et perspectives : Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche comparant différentes techniques de formation en VAD et d'avoir un retour d'expérience des internes formés afin d'établir une liste des formations renforçant au mieux le sentiment de compétence des étudiants.

Mots-clés : visite à domicile, SASPAS, internes, formation, compétence

**Home visits : training in SASPAS, feeling of competence and intention of general
medicine interns in Angers subdivision**

ABSTRACT

Introduction: With an ageing population and difficulties in accessing care for frail elderly people. The training and future plans of interns in general medicine with regard to home visits are currently an important issue inspiring the theme of this work. The objectives of this study were to study the SASPAS training received by the interns in the Angers subdivision from their training supervisor, the interns' feelings regarding the skills they had acquired and their intentions to make home visits in their future practice.

Method: A descriptive quantitative study by survey of general medicine internes in the Angers subdivision was carried out. The data was collected in two stages during a compulsory "entry into professional life" seminar, in September 2023 and in March 2024. From this data, a descriptive and then comparative analysis was carried out.

Results: The participation rate was 100% (n=102). 2/3 of the interns had carried out home visits independently during the SASPAS. Most of the interns had received training from their training supervisor, which made them feel more comfortable for the next home visit. Concerning training at the faculty, 1/4 of the interns had discussed home visits during transversal courses and 1/2 during GEAP. Following this training, the interns reported feeling more at ease. Conversely, the interns' feeling of competence did not seem to be influenced by the training received from the training supervisor, nor by the number of home visits carried out during the SASPAS, nor by the training received at the faculty. Generally speaking, interns seemed to find more benefit in internship training with their training supervisor than during training at the faculty. Concerning the future of home visits, more than 2/3 of the interns planned to carry them out, 10% not thinking of doing so and 21% did not yet know.

Conclusion and perspectives: It would be interesting to carry out a research study comparing different home visits training techniques and to have feedback from the trained interns in order to establish a list of the most effective training courses that best reinforce the students' feeling of competence.

Keywords : home visits, SASPAS, interns, training, competence