NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Grégory PEREZ

Présentée et soutenue publiquement le *13 juin 2023*

Consultations SASPAS d'accès aux soins en médecine générale : Etude descriptive de la mise en place d'un dispositif expérimental au CHD Vendée (La Roche-sur-Yon) depuis 2019

Président du jury : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain BOSSIS

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cédric RAT,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, merci pour l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le docteur Philippe FRADIN et Monsieur le docteur Bertrand WEYD,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Madame le docteur Charlotte GRIMAULT,

Merci de votre présence dans ce jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le docteur Romain BOSSIS,

Merci pour la direction de cette thèse, ta patience et bienveillance.

A Madame le docteur SURRAULT et Messieurs les docteurs COSSARD, DENINIOLLE, PRAUD, et COLLEN,

Merci pour votre accueil, vos partages d'expérience et vos précieux conseils.

A Madame Catherine NOGUEIRA,

Merci pour la saisie de ces précieuses données, les moments de partage et ton professionnalisme.

A Mamie Annie,
Merci pour ton aide. Merci pour ta bienveillance.

A Apolline,
« Achi » qui signifie merci dans ton jargon actuel. Merci de ta présence tout simplement.

A Juliane,
Merci pour ton soutien sans faille.

A Papa,
Merci pour les valeurs que tu m'as transmises.

A Maman,
Merci de m'avoir enseigné que les rêves sont à notre portée.

A Gwenaëlle, Joël, et Léandre,
Merci pour vos encouragements.

A Cécile et Vincent,
Merci pour votre patience.

A Elisabeth,
Merci pour ton aide sur deux étapes de ma vie professionnelle.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 2

SOMMAIRE 4

GLOSSAIRE 6

INTRODUCTION 9

NOTIONS PRELIMINAIRES 10

I. Formation des internes en médecine générale 10

II. Transformation des soins primaires 17

III. Démographie médicale et crise des urgences 21

Objectifs du travail 33

I. Ancrage des futurs médecins généralistes 33

II. Centres de consultation se rapprochant du projet de La-Roche-sur-Yon 34

III. Rôle de la CPTS Centre Vendée 38

IV. Augmentation de l'offre de soins 39

Matériels et méthodes 40

I. Exemple de Fontenay-le-Comte 40

II. Avant-projet - les obstacles à lever 41

III. Partenariats 42

IV. Etapes de la création du stage – réunions préliminaires 43

V. Structuration du stage 50

VI. Locaux & signalétique 51

VII. Matériel et système d'information 51

VIII. Procédure d'orientation des patients et de prise en charge 52

IX. Secrétariat 52

X. Questionnaire 53

XI. Procédure de gestion des résultats d'examens complémentaires 54

XII. Modèle économique 54

Question de recherche 55
Résultats 56
XIII. Activité du service 56
XIV. Profil de la patientèle 57
XV. Type de consultations 60
XVI. Disponibilité des consultations SASPAS 65
Conclusion & discussion 66
I. Conclusion 66
II. Discussion 67
III. Quelques éléments de discussions supplémentaires 69
BIBLIOGRAPHIE 71
ANNEXES 75

GLOSSAIRE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins des médecins libéraux

AGUMY : Association de Garde et d'Urgence Médicale Yonnaise

ALD : Affection de Longue Durée

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

APL MG : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisé aux Médecins Généralistes

ARS : Agence Régionale de Santé

Forfait ATU : Forfait d'Accueil et Traitement des Urgences

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences (1 à 5)

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDS : Centre de Soins

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CGELAV : Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et de Vendée

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGS : Direction Générale de la Santé

DIM : Département d'Information Médicale

DMG : Département Médecine Générale

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

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSNP : Demande de Soins Non Programmés

EBM : Evidence Based Medicine

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESP CLAP : Equipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient

FCPTS : Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

LRSY : La Roche-Sur-Yon

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MAP : Médecine Adulte Polyvalente

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin traitant

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage des Universités

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASI : Point d'Accueil pour Soins Immédiats

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAFE : Stage Ambulatoire Femme Enfant

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIMGO : Syndicat des Internes en Médecine Générale de l'Ouest

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie

UNPS : Union Nationale des Professionnels de Santé

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Dans un contexte de diminution de l'offre de soins et d'augmentation des besoins de santé, la médecine générale connaît de nombreuses transformations tant sur le plan de la formation des médecins généralistes avec la réforme du 3ème cycle de 2019, que sur le plan de l'évolution du lien ville-hôpital avec la création en 2016 des CPTS. D'autres évolutions s'opèrent parallèlement, comme les changements de mode d'exercice et la transformation de la relation médecin-patient. Pour répondre à ces enjeux, tous les acteurs de santé et décideurs politiques coopèrent de façon centralisée mais également à l'échelon des territoires.

La Vendée, département dynamique avec une croissance démographique positive, connaît des besoins en santé croissants avec une démographie médicale singulière si on la compare aux autres départements français. Les acteurs de ce département s'approprient des outils pour répondre aux défis, notamment les CPTS. En effet, ce territoire a été l'un des premiers entièrement organisé avec ce nouveau mode d'exercice coordonné (hors Ile d'Yeu).

Dans ce contexte, un dispositif expérimental a vu le jour en novembre 2019 au CHD de La Roche-sur-Yon. Celui-ci consiste en la réalisation de consultations de médecine générale réalisée par des internes à l'occasion de leur stage SASPAS. Ce dispositif novateur fait suite à une expérience menée au CH de Fontenay-le-Comte depuis mai 2017 et portée par les Drs COUILLARD (chef de service du SAU Fontenay-le-Comte) et CROUE (alors interne de médecine générale). Cette expérience a fait l'objet de critiques constructives et d'une interruption transitoire, avant de renaitre sur trois sites similaires (La Roche-sur-Yon, Challans et Fontenay-le-Comte) sous le terme de « Consultations d'Accès aux Soins » assurées par des internes SASPAS.

Le modèle proposé au CHD La Roche-sur-Yon en reprend certains éléments, tout en essayant de répondre à un triple objectif en matière d'offre de soins, de lien ville-hôpital et d'exigences pédagogiques du stage SASPAS fixées par le CNGE.

Afin d'approcher ces paramètres, l'étude descriptive dont fait l'objet cette thèse s'intéresse aux différentes étapes de la mise en place de son dispositif, à l'activité des consultations SASPAS, et au parcours du patient sur deux années consécutives de décembre 2019 à janvier 2022. Ainsi, quelle est, selon plusieurs variables, l'activité des consultations SASPAS du CHD de La Roche-sur-Yon ?

NOTIONS PRELIMINAIRES

I. Formation des internes en médecine générale

Maquette de l'internat de médecine générale

Depuis les arrêtés du 12 et 21 avril 2017 (1), l'internat de médecine générale se déroule sur 3 ans mêlant enseignement théorique au sein de la faculté et enseignement pratique lors de stages. La maquette de ce troisième cycle est organisée en 2 phases : une phase dite « socle » durant une année et une phase dite « d'approfondissement » durant deux années.

Lors de la première phase, la réforme de 2017 prévoit la réalisation d'un stage de ville dit « praticien de niveau 1 » et un stage hospitalier en service d'urgence. Le stage praticien de niveau 1 se déroule en 3 phases(2) : observation active, pendant laquelle l'interne observe le MSU ; la supervision directe, pendant laquelle l'interne effectue la consultation en présence de son MSU, avec un temps de rétroaction pédagogique après la consultation ; et la supervision indirecte pendant laquelle l'interne effectue seul la consultation, avec un temps de rétroaction pédagogique après la consultation. A l'échéance de cette phase socle, un contrat de formation est rédigé entre le coordonnateur du DES de Médecine Générale et l'étudiant.

Lors de la deuxième phase, il est prévu la réalisation d'un stage en service de gynécologie et/ou pédiatrie, un stage hospitalier de Médecine Adulte Polyvalente ou MAP, un stage dit « libre » majoritairement hospitalier et enfin un stage praticien de niveau 2 appelé Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée ou « SASPAS ».

Lors du stage « SASPAS », l'interne est en autonomie supervisée. Il consulte seul, avec une supervision indirecte par ses MSU.

Contexte de réforme du 3ème cycle

Actuellement, on note un renforcement de l'apprentissage en médecine de ville. En effet depuis la Commission Mixte Parlementaire du 20 juin 2019, un accord a été conclu afin de rendre le stage SASPAS obligatoire pour tout interne inscrit en DES de Médecine Générale. Ce stage devra se dérouler préférentiellement en zone sous-dense. Publication de la loi en question le 24 juillet 2019 (3) avec une application prévue initialement dès 2021.

Des discussions sont toujours en cours pour instaurer une quatrième année d'internat en médecine générale, qu'on appellerait professionnalisante (4) et qui s'effectuerait en autonomie approfondie avec une supervision indirecte par les enseignants des DMG. Celle-ci complèterait le 3ème cycle des études de

médecine générale par une phase dite de consolidation. Cette phase est actuellement présente uniquement dans la maquette autres spécialités médicales.

A l'échéance de 2021, il a donc été nécessaire de créer davantage de terrain de stage « SASPAS ». Dans les années futures, on peut s'attendre à un besoin grandissant quand cette quatrième année de médecine générale sera mise en application.

Les exigences pédagogiques en médecine générale

i. Exigences pédagogiques théoriques

Le rôle du médecin généraliste de premier recours a été bien codifié par la loi HPST du 22 Juillet 2009 (5).

Ses missions sont de :

- « Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) ;
- Contribuer à l'accueil et la formation des stagiaires de 2ème et 3ème cycles d'études médicales ».

Pour répondre à ces objectifs, l'étudiant futur médecin généraliste doit acquérir lors de l'internat plusieurs compétences spécifiques et transversales elles aussi bien précises selon un modèle pédagogique réparti actuellement sur 3 années.

Le CNGE a publié à ce sujet un référentiel métier de médecin généraliste (6) en 2010 décrivant le rôle de celui-ci et les compétences à acquérir pour le remplir. Ce référentiel s'appuie sur le modèle

commun à toutes les spécialités médicales : la médecine fondée sur les preuves (en anglais, « Evidence Based Medicine » ou EBM).

Ces compétences, au nombre de 6 selon le CNGE, sont articulées ensemble selon un modèle bien défini, illustré par la métaphore de « la marguerite des compétences (7) » (cf. ci-dessous). Elles sont travaillées par l'enseignement théorique mais aussi et surtout par l'enseignement pratique au cours des différents stages.

Il s'agit de :

- Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgence ;
- Relation, communication, approche centrée patient ;
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ;
- Approche globale, complexité ;
- Education en santé, dépistage prévention, santé individuelle et communautaire ;
- Professionnalisme.

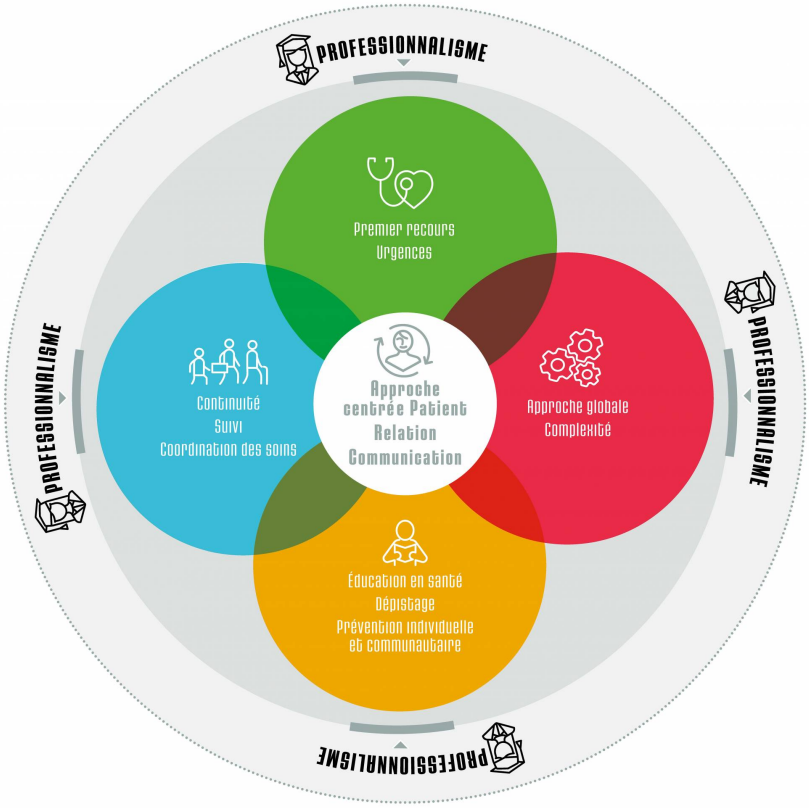


Figure 1 - Marguerite des compétences du médecin généraliste

Les compétences doivent être acquises au sein de plusieurs types de situations cliniques auxquelles l'étudiant doit être confronté afin de les acquérir de façon transversale. Ces situations d'apprentissage, aussi appelées intégratrices par les équipes pédagogiques canadiennes et anglo-saxonnes

ont été présentées par un consensus d'expert au congrès CNGE en 2013. Elles permettent aux étudiants d'activer une ou plusieurs compétences spécifiques et/ou transversales, ce qui favorise le développement et la maitrise de ces compétences dans l'action.

Ces situations cliniques ont été regroupées sous formes de famille. On en distingue 11 selon le consensus d'experts français (8) :

- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité, ou à forte prévalence ;
- Situations liées à des problèmes aigus prévalents, non programmés, fréquents, exemplaires ;
- Situations liées à des problèmes aigus prévalents, non programmés, dans le cadre des urgences réelles ou ressenties ;
- Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent ;
- Situations autour de la sexualité et de la génitalité ;
- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple ;
- Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail ;
- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques, médicolégaux sont au premier plan ;
- Situations avec des patients difficiles, exigeants ;
- Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan ;
- Situations avec des patients d'une autre culture.

ii. Exigences pédagogiques d'un stage en médecine générale praticien de niveau 1

Les objectifs des stages en médecine générale sont d'appréhender les fonctions de la médecine générale en structure ambulatoire, et d'acquérir progressivement les compétences fondamentales requises dans le cadre du DES de médecine générale. Ces compétences définies par le CNGE (9) sont :

- La prise en charge globale du patient ;
- Le premier recours et les situations d'urgences ;
- La relation médecin-patient avec l'acquisition d'outil de communication ;
- Le suivi de patients atteints d'affection chronique, l'apprentissage de l'exercice coordonné ;
- La prévention en santé individuelle et collective et l'éducation thérapeutique.

D'autres objectifs sont également attendus d'un stage en médecine générale (10), comme :

- La place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
- Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale au travers de la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en soins primaires ;
- La démarche de prévention et les enjeux de santé publique,
- Comprendre les modalités de gestion d'une structure de médecine de ville.

En pratique, le stage praticien de niveau 1 se déroule dans une structure de médecine de ville avec la présence physique du MSU dans la structure (pas exclusivement dans la salle de consultation). L'étudiant exerce auprès d'au plus trois MSU.

La progression pédagogique comprend deux phases requises (10) : une phase d'observation active où l'étudiant observe son MSU et interagit avec lui en fin de consultation par exemple ; et une phase que l'on qualifie de supervision directe avec la participation de l'étudiant aux différents temps de la consultation. Ces deux phases sont intriquées tout au long du stage. Elles peuvent venir se compléter par une 3ème phase de mise en autonomie partielle avec une rétroaction active en fin de consultation. La réalisation de cette dernière phase est laissée à l'appréciation du MSU, selon son évaluation des compétences démontrées par l'étudiant durant la phase de supervision directe. L'autre condition sine qua none est bien entendu que l'étudiant concerné se sente en confiance.

En dehors des périodes de consultations, l'étudiant doit fournir des travaux de réflexion et d'écriture en rapport avec les situations rencontrées. Ces travaux remis tout au long du stage au MSU, font l'objet d'un échange pédagogique avec le MSU. Cet enseignement s'adapte en fonction des acquis et des besoins de l'interne.

Le MSU procèdera, à l'issue du stage, à une évaluation de l'étudiant selon les critères définis par le DMG comme pour les autres stages du DES de Médecine Générale.

iii. Exigences pédagogiques d'un stage SASPAS

L'objectif du SASPAS est l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée. Celui-ci est un objectif indispensable de ce stage, mais la réalisation d'une phase de supervision directe reste toujours possible à la demande du MSU ou de l'étudiant. Lors de la mise en autonomie supervisée, l'interne réalise seul des consultations. Le MSU n'est pas nécessairement présent dans la structure de soins. En revanche, il doit être joignable tout au long du déroulement des consultations.

La nécessité de travaux de réflexion et recherche est également présente, tout comme l'évaluation de fin de stage.

Agrément des structures et des MSU pour un stage SASPAS :

Afin de répondre aux exigences pédagogiques, les DMG des différentes facultés accordent des agréments aux MSU et aux structures de consultation selon différents critères. Ils sont bien définis dans la charte des MSU (10) établie par le CNGE et le SNEMG dans un souci d'uniformisation des réglementations rédigées par les différents DMG. Cette charte est encadrée sur le plan législatif pour le troisième cycle par l'arrêté du 04 février 2011. Une déclinaison locale sous la forme d'un cahier des charges est établie par les différents DMG dont celui de Nantes. (11)

Les critères d'agrément, outre la nécessité pour le MSU d'exercer la spécialité de médecine générale, sont essentiellement liés à des engagements du MSU en termes de pédagogie, d'orientation de l'activité en soins primaires, et de suivre une formation médicale continue.

Quant à la définition de la « structure de consultation », la forme d'un cabinet ou en groupe de cabinets est privilégiée. D'autres lieux de stage peuvent être agréés sous réserve qu'ils remplissent les conditions nécessaires. A propos des locaux, ils doivent être « adaptés à l'enseignement » en termes d'équipement médical et informatique notamment afin de réaliser des recherches documentaires.

L'activité de la structure doit être suffisante, afin de confronter l'étudiant à un nombre de situations cliniques suffisant ; sans être trop élevée afin de rester compatible avec l'enseignement. Le CNGE préconise une activité de la structure comprise entre 2500 et 7000 actes par an. Conformément à la circulaire DGS du 26 avril 2004(12), le nombre d'actes réalisés par l'étudiant doit être compris en moyenne entre 6 et 12 par demi-journée.

Le recrutement des MSU

Pour aborder le besoin en MSU, on peut citer la création en 1997 du stage ambulatoire pour les médecins généralistes, autrefois formés exclusivement à l'hôpital. Puis en 2019, avec la réforme du 3ème cycle, on assiste à l'obligation de la réalisation du stage « SASPAS ». Dans la même année, à Nantes, le DMG crée les stages « SAFE » (pour Stage Ambulatoire Femme Enfant). Il s'agit d'un stage en cabinet de médecine générale spécifiquement dédié à l'apprentissage pratique de la pédiatrie et de la gynécologie. Ce stage est encadré de la même façon que les autres stages ambulatoires par des MSU. Cela existait déjà dans certaines régions et tend à se généraliser pour coller au plus près à la pratique future.

En 2021, c'est la réforme du 2nd cycle des études médicales qui s'applique avec la nécessité d'avancer le stage de découverte en médecine générale aux étudiants entrainant transitoirement (le temps de l'application de la mesure) une augmentation du besoin en MSU. Si on se projette dans la création d'une quatrième année de DES de Médecine générale, sachant que l'on s'attend à des départs en retraite de MSU à venir, on s'aperçoit que ce besoin en MSU tend à croître au fil des années.

Les DMG rencontrent des difficultés pour répondre à ce besoin croissant de MSU, notamment dans les zones sous dotées où le recrutement s'avère particulièrement difficile. Pour justifier ce phénomène on peut citer le manque de temps dédié à la formation pédagogique des praticiens exerçant dans ces zones. A Nantes, l'effectif de MSU actif en 2019 est de 447. Si on s'intéresse à leur âge, connu pour 312 d'entre eux, il est en moyenne de 48,4 ans avec un écart type à 10,5, un âge minimum de 30 ans et un âge maximum de 73 ans.

Pour répondre au besoin en MSU, leur recrutement est assuré par les DMG des facultés de médecine. Ceux-ci utilisent diverses méthodes afin d'assurer cette mission. Un travail de thèse réalisé en 2016 par Florent Di Méo intitulé *« Recrutement des Maîtres de Stage des Universités : synthèse des stratégies employées au sein de douze DMG et CRGE »,* portait sur les différentes stratégies de recrutement des MSU à l'échelon national. Elles peuvent être résumées ainsi :

- La plus utilisée par les DMG : la cooptation ou le contact de proche en proche de façon informelle, par le biais de connaissance ;
- Les méthodes qualifiées de « classiques » : appels téléphoniques, envois de courriers postaux, envois de mail ;
- Lors de réunions organisées par le DMG pour présenter la maitrise de stage ;
- La création d'une liste de contacts de futurs médecins généralistes qui au cours du 3ème cycle manifestent un intérêt pour la maitrise de stage ;
- L'utilisation de divers supports de communication : création de contenu vidéo, site web, afin de présenter de manière ludique en quoi consiste la maitrise de stage, et parler de l'expérience des médecins ayant franchi le pas. On peut citer par exemple le site « www.medecinmsu.com »

Au sein de la faculté de Nantes, deux travaux de thèse ont porté sur le sujet de la stratégie de recrutement des MSU afin d'essayer d'identifier celles pouvant être les plus efficientes.

La première thèse réalisée en 2018 et soutenue par Lisa BLANCHARD et Clémence VUILLEMENOT s'intitule *« Evaluation d'une méthode de recrutement de Maitres de stage Universitaires en Loire-Atlantique et Vendée* (13)*».* Elle a consisté en un travail de recrutement actif de MSU selon une stratégie bien définie : d'abord un premier contact téléphonique puis une rencontre des médecins généralistes directement à leur cabinet afin de les recruter. Les autrices ont utilisé cette stratégie auprès de 370 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée aboutissant au recrutement de 26 MSU, soit un gain d'effectif de +50,9% par rapport aux années précédentes. Un des paramètres également intéressant de cette étude est le temps moyen dédié pour recruter un MSU : 2h34. Ce temps n'est pas négligeable d'autant qu'aucun poste dédié au recrutement des MSU n'existe au DMG de Nantes actuellement.

La deuxième thèse réalisée en 2020 et soutenue en 2021 par Sarah COSTANZA s'intitule : *« Efficacité d'une méthode de recrutement de nouveaux maitres de stage universitaires par mail groupé et comparaison à une méthode par appel téléphonique et déplacement* (14)*»*. Celle-ci a consisté en la mise en place d'une stratégie alternative et à la comparer à celle réalisée en 2018. Cette stratégie est l'envoi d'un mail groupé, jugée moins chronophage que la stratégie réalisée précédemment. Pour réaliser ce travail, l'autrice a pu identifier une population éligible de 564 médecins généralistes. Elle a pu bénéficier de l'aide de l'URML afin de récupérer les adresses mails des médecins ciblés. 494 médecins généralistes ont finalement pu être contactés par ce biais. Au total, la commission d'agrément des MSU de 2020 a permis de recruter 27 MSU dont 7 avaient reçu le mail, soit un déficit de recrutement estimé à -34 % par rapport à 2019 et -64% par rapport à 2018. Le temps de recrutement a été estimé ici à 26 minutes par MSU. Ceux recrutés en 2020 sont en moyenne significativement plus jeunes que la population de MSU actifs en 2019 avec une moyenne d'âge de 37 ans contre 48,4 ans. L'autrice prend en compte un facteur de confusion à savoir la pandémie de COVID-19 ayant pu modifier les projections professionnelles des médecins généralistes.

II. Transformation des soins primaires

Evolution de la relation de soins médecin - patient

Traditionnellement, le modèle paternaliste était le « gold-standard » dans la relation de soins médecin-patient où le médecin avait la place du savant et du décideur. Depuis les années 80-90, accéléré par l'épidémie du SIDA, le développement d'internet, des forums de discussion, des associations de malades, de nombreux patients ont pris une part plus active dans la relation de soins. En effet, nous sommes confrontés de plus en plus à des patients dits patients experts (15) ayant des connaissances égales ou bien souvent plus importantes que le médecin concernant une ou des pathologies bien spécifiques. Le modèle paternaliste a donc perdu de son succès au profit du modèle de la décision médicale partagée (16), passant d'une relation unilatérale à une relation bilatérale avec un échange d'information aboutissant à une décision fruit d'un accord commun par l'intermédiaire d'un choix éclairé. Ce modèle s'inscrit également dans la prise en charge centrée patient où l'on accompagne ce dernier à son rythme et en le prenant en compte dans sa globalité ; à savoir la problématique médicale mais aussi les aspects psycho-socio-culturels comme les représentations et croyances, l'expérience personnelle de soin, l'environnement, l'aspect économique en rendant la prise en charge efficiente. Ceci aboutit à une prise en charge individualisée, qualifiée aussi de personnalisée, parfois pluridisciplinaire.

Renforcement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné

Pour répondre au mieux à cette demande d'offre de soins personnalisée, et apporter pour chaque patient un parcours de soins optimal, les structures de soins de premier recours sont en grande mutation. En effet, la loi de modernisation du système de santé promulguée le 28 janvier 2016 (17) en a posé les fondements juridiques. Depuis, nous assistons au développement important de l'exercice coordonné, que ce soit à l'échelon local avec le développement des MSP, CDS, ESP CLAP ou à l'échelon territorial avec les CPTS.

Cet attrait pour l'exercice coordonné vient d'une volonté des professionnels de santé, ainsi que des élus locaux (commune, communauté de communes, conseil départemental), encouragée par l'Etat au travers de subventions avec un objectif triple de santé publique bien codifié sur le plan législatif. Ils s'articulent autour de 3 axes principaux :

1. Favoriser l'accès aux soins au travers de 2 volets :
    a. Favoriser l'accès au médecin traitant ;
    b. Améliorer la prise en charge des soins non programmés.
2. Rendre le parcours de soins plus efficient en renforçant la communication et la coordination interprofessionnelle.
3. Assurer des actions de prévention et de promotion de la santé sur des thématiques particulières.

Ces structures font l'objet d'une réglementation spécifique avec l'intervention de nombreux acteurs lors de leur création : professionnels de santé dont URPS, ARS, CPAM, Maire de la ou des communes concernées, communauté de communes, conseil départemental, conseil régional voire Union Européenne.

La base du mode de financement fait l'objet d'un accord-cadre interprofessionnel ou ACIP (18) conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS). Les instances syndicales sont également consultées. Le financement est fonction du respect de certains critères regroupés en catégories : critères socles, optionnels et indicateurs. Il est fonction aussi du respect des engagements.

i. Définition d'une CPTS

Les CPTS ou Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ont été créées par l'article 65 de la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016(17). Il s'agit d'entités juridiques associant différents professionnels de santé, de toutes spécialités, du premier et second recours, exerçant au sein d'un même territoire. L'objectif est de réaliser un travail de coordination autour d'un projet de santé. Les acteurs peuvent être des professionnels de santé libéraux mais aussi hospitaliers.

Il peut même s'agir d'établissements médico-sociaux comme les EHPADs. La création de ce type de structures est menée à l'initiative des professionnels de santé.

Leur rôle est de répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, organisation de la continuité des soins, coopération des praticiens libéraux pour des actions de prévention, éducation thérapeutique, réduction de la iatrogénie, maintien à domicile. Concrètement, cela peut aboutir à la rédaction de différents protocoles de coopération. Par exemple, possibilité de rédaction d'un protocole de gestion des anticoagulants en ville incluant les médecins traitants, les IDE libéraux, les pharmacies d'officine, et les laboratoires locaux afin d'uniformiser et améliorer les pratiques dans un souci de réduction de la iatrogénie sur un territoire donné. Cela permet également de créer des filières particulières pour rendre le parcours de soin plus efficient pour la prise en charge d'un diabète par exemple en incluant les médecins traitants, les IDE libéraux, les podologues, et les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers comme les cardiologues, ophtalmologues et les endocrinologues d'un même territoire.

La définition du territoire concerné par une CPTS n'est pas d'origine administrative mais à l'initiative des professionnels locaux dans une logique dynamique, établie de façon cohérente avec le bassin de vie concerné.

Selon la FCPTS (19), en France, on dénombre en mars 2023, 803 CPTS créées ou en phase de projet pour un objectif initial fixé par le gouvernement de 1000 CPTS fin 2022. En Pays de la Loire, on compte 41 CPTS créées ou en phase de projet dont 8 en Vendée. C'est un des premiers départements de France intégralement couvert en CPTS (Hors île d'Yeu).

La CPTS concernée par ce travail de thèse est la CPTS Centre Vendée, s'étalant sur 7 communautés de communes, englobant 44 communes et représentant une population de 175 725 habitants selon le recensement réalisé par l'INSEE en 2014.

Développement du salariat

Depuis quelques années, ce type d'exercice de la médecine générale progresse. En effet, selon l'atlas du CNOM (20), entre 2010 et 2018, le nombre de médecin généralistes ayant une activité régulière salariée a progressé de 4 points quand l'activité régulière libérale en médecine générale est en déclin de 3,5 points. On remarque la création de plus en plus de « centres de santé » ayant recours à des praticiens salariés. Les centres sont parfois portés par des communes comme à La-Roche-sur-Yon (centre municipal de santé) ou par des départements comme en Vendée, (centre de santé intercommunale sur les communes de Saint-Hermine et de Moutiers-les-Mauxfaits). Il existe également des initiatives privées, portées par des associations à but lucratif ou non, ou des mutuelles de santé.

Du côté des jeunes médecins, ce type d'exercice présente, pour certains, un attrait particulier, assurant des revenus stables, des droits particuliers prévus par le code du travail en cas d'arrêt maladie, congé maternité, congés payés, temps de travail limité parfois à 35h, tout en s'épargnant de nombreuses contraintes en termes de démarches administratives et de comptabilité permettant d'augmenter le temps médical ou personnel.

ii. Exemple du Centre Municipal de Santé de La-Roche-sur-Yon

A La-Roche-sur-Yon, le Centre Municipal de Santé a ouvert ses portes en septembre 2017 afin de renforcer l'offre de soins locale. Il s'agit d'un cabinet où exercent de façon exclusive 5 médecins équivalents temps pleins. La mairie s'est mobilisée pour attirer de nouveaux médecins dans la commune, ayant recours à de la publicité dans les grandes villes de l'Ouest et même jusqu'en région parisienne. Elle a également mis tout en œuvre sur le plan matériel, logistique, administratif, financier, pour mener ce projet à terme en s'appuyant sur le soutien du département et de l'ARS. Il a permis de renforcer l'offre de soins, mais n'a malheureusement pas été suffisant pour satisfaire l'ensemble des besoins de la population.

Développement du temps partiel

Un sondage réalisé par la DREES auprès des médecins généralistes entre 2018 et 2019 (21) dans le cadre du quatrième panel des médecins généralistes sur un échantillon de 12 022 praticiens tirés au sort (avec un taux de réponse de 27%) a montré un temps de travail hebdomadaire moyen de 54h dont 44,4 heures par semaine de consultation uniquement. Dans cette étude on retrouve une disparité significative selon l'âge des praticiens. En effet, on observe une différence de quasiment 5h (4,8) par semaine entre les praticiens âgés de 50 à 59 ans et ceux de moins de 50ans. (46,4h vs 41,6h) Cette différence est aussi significative entre les praticiens de moins de 50 ans et ceux de plus de 59 ans qui travaillent en moyenne 45h par semaine soit 4,4 de plus.

Si on compare cette étude avec une étude également publiée par la DREES, mais cette fois en 2012(22), le temps de travail moyen des médecins généralistes était de 57h dont 53h de consultations. L'échantillon tiré au sort était de 8230 médecins avec un taux de réponse de 26%. Ces données laissent supposer une diminution du temps de travail et un développement du temps partiel chez les nouvelles générations de médecins généralistes.

Ce phénomène va parfois de pair avec le salariat.

Tous ces éléments ont transformé l'exercice de la médecine générale et par extension l'accessibilité aux soins.

Lien ville-hôpital

iii. Cas particulier de la permanence des soins ambulatoires

En France, la permanence des soins ambulatoires est une mission de service publique ayant pour objectif de répondre à une demande de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets de consultation. Cette organisation et les modalités de rémunération sont définies dans un cahier des charges régional décliné par département. La permanence des soins ambulatoires est gérée par les ADOPS sous contrôle des ARS et des CDOM(23). Pour les médecins généralistes, le principe est basé sur le volontariat individuel.

Les ADOPS s'appuient localement sur des organisations libérales de garde (parfois via une association de permanence des soins) selon le tableau départemental de permanence validé par le CDOM. En Vendée, l'ADOPS 85 assure cette mission.

A La-Roche-sur-Yon, et ses alentours sur un territoire plus restreint que la CPTS Centre-Vendée, l'association de permanence des soins ambulatoires s'appelle l'AGUMY. Les gardes s'effectuent depuis 2018 au sein d'une Maison Médicale de Garde, appelée également Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS). Afin de renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital, celui-ci est situé dans les locaux du CHD de Vendée, dans le même bâtiment que le Centre 15 et le Service d'Accueil et de traitement des Urgences. L'objectif est d'optimiser le parcours de soin du patient et de travailler en étroite collaboration avec le Centre 15 et le SAU afin d'assurer aux patients des soins de qualité. En effet, tous les patients admis en Maison médical de Garde ont fait l'objet d'une régulation au préalable par le Centre 15 et peuvent être, en cas de nécessité, facilement réorientés au SAU.

III. Démographie médicale et crise des urgences

Démographie médicale

i. Echelon national

Effectif numérique

Quand on aborde la démographie médicale nationale, on pense évidemment au Numerus Clausus, mis en application de 1971 à 2020 afin de réguler le nombre de médecins en France pour diverses raisons. Celui-ci déterminait un quota annuel (fixé par le Gouvernement et publié au Journal Officiel), d'étudiants de première année pouvant être admis en deuxième année de médecine sur la base d'un concours sélectif. A sa création et jusqu'en 1977, ce quota représentait environ 8500 étudiants/an puis il n'a cessé de diminuer jusqu'à atteindre 3500 étudiants/an dans les années 90 avant de remonter progressivement jusqu'à retrouver le niveau initial dans les 3 dernières années de son application.

Lors de la réforme du premier cycle des études de médecine, la suppression de la PACES et du Numerus Clausus ont été adoptés par le Parlement dans le cadre du projet de loi sur la santé le 16 juillet 2019(24). Dorénavant, il sera de la compétence de l'université et de l'ARS de fixer les quotas locaux du nombre d'étudiant éligibles en deuxième année. Ces quotas varieront en fonction des capacités d'accueil, formation des universités et des besoins locaux en termes de praticiens. Ces quotas permettant la sélection des étudiants prennent désormais le nom de Numerus Apertus.

Comme en atteste la figure ci-dessous, les décisions restrictives prises dans les décennies précédentes ont eu pour effet de créer un « trou » dans la pyramide des âges des médecins et ont encore des répercussions actuellement avec un nombre de médecins âgés entre 35 et 44ans au plus bas et un âge moyen des médecins généralistes en activité établi à 50,1 ans en 2020 (20).

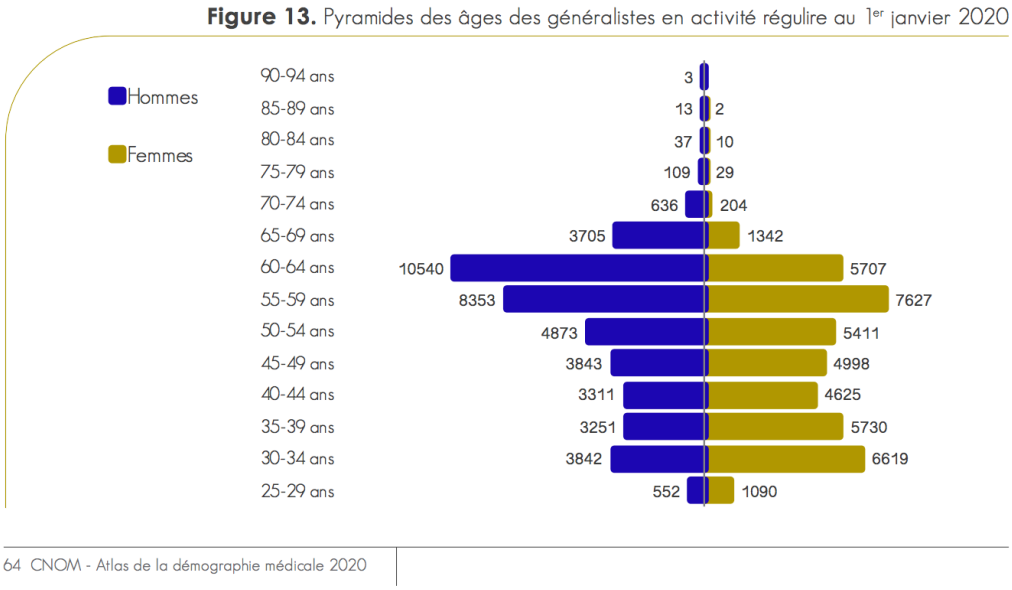


Figure 2 - Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2020(20)

Répartition des médecins sur le territoire français

Une autre grande problématique de la démographie médicale est la question de la répartition des médecins généralistes sur le territoire. En effet, on constate une franche disparité entre des territoires que l'on pourrait qualifier de « sur-dotés », notamment le littoral Atlantique et le Sud de la France, où l'on assiste à un solde démographique médical positif, et des territoires « sous-dotés », surnommée « la diagonale du vide » joignant le Nord-Est et l'intérieur du Sud-Ouest de la France(20), où le solde démographique médical est négatif.

A l'intérieur d'un même territoire, une autre disparité s'y ajoute avec des zones « sur-dotées », notamment les centres des grandes agglomérations d'autant plus vrai si l'agglomération est dotée d'un CHU ; et des zones « sous dotées » comme en zone péri-urbaine, rurale (20). Ces disparités tendent à créer une inégalité globale de l'accès aux soins en France.

ii. Echelon régional et départemental

En région Pays-de-la-Loire, deux départements ont une densité médicale globalement satisfaisante, il s'agit des deux départements dotés d'une faculté de médecine et d'un CHU : la Loire Atlantique avec le CHU de Nantes et le Maine-et-Loire avec le CHU d'Angers. Les trois autres départements que sont la Mayenne, la Sarthe et la Vendée, sont globalement sinistrés.

La situation de la Vendée a des spécificités bien particulières. En effet, en Vendée, nous assistons depuis plusieurs années à une croissance démographique particulièrement importante. Entre 2009 et 2014, nous constatons une augmentation de **+1,1%/an** en moyenne (25) contre **0,5%** en moyenne nationale entre 2007 et 2017 (2). La Vendée est le seul des 3 départements ligériens sinistrés cités ci-dessus qui connaît une croissance démographique positive.

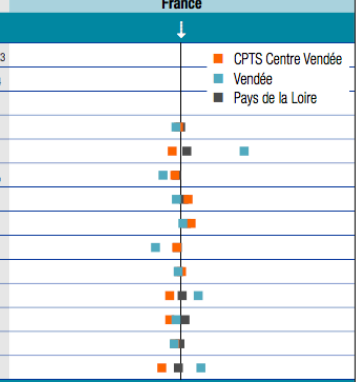
Parallèlement à ce phénomène démographique, on assiste également depuis de nombreuses années à un vieillissement de la population, qui est particulièrement présent en Vendée comme dans beaucoup de départements du littoral Atlantique où des séniors s'installent après l'arrêt de leur activité professionnelle. Pour quantifier ce vieillissement de la population, nous utilisons un indice nommé « indice de vieillissement de la population ». Il correspond au rapport entre les personnes âgées de + de 65ans sur 100 personnes âgées de moins de 20 ans. En 2020, en Vendée cet indice est à 0,96, bien supérieur à la moyenne nationale (0,79) et régionale (0,77), ce qui fait de la Vendée un territoire singulier.

Tableau 1 - Données démographiques au sein de la CPTS Centre Vendée et comparaison avec la moyenne nationale

PROFIL SANTÉ 2020

Communauté professionnelle territoriale de santé
Centre Vendée

		CPTS Centre Vendée			Indicateur de comparaison				Comparaison à la moyenne nationale
		Effectif	Taux	Évolution annuelle	CPTS Centre Vendée	Vendée	Pays de la Loire	France métrop.	France
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	
A - DÉMOGRAPHIE									
1	Habitants	176 586		+1,0%		675 247	3 757 600	64 639 133	
2	Solde naturel	+ 851				+ 805	+10 335	+225 244	
3	Solde migratoire	+ 834				+4 983	+13 269	+54 446	
4	Nouveaux arrivants	12 494	7%	nc		7%	7%	7%	
5	55 ans et plus parmi les nouveaux arrivants	1 372	11%	nc		20%	13%	12%	
6	Natalité	1 839	10,4‰	-3,4%		9,0‰	10,6‰	11,1‰	
7	0-5 ans	13 241	8%	-1,7%		7%	7%	7%	
8	6-17 ans	28 726	16%	+1,1%	cf. C4	15%	16%	15%	
9	18-24 ans	13 533	8%	-1,9%		6%	8%	8%	
10	25-64 ans	89 776	51%	-0,7%		50%	50%	51%	
11	65 ans et plus	29 603	17%	+2,9%		23%	19%	19%	
12	90 ans et plus parmi les 65 ans et plus	1 611	5%	+6,2%		6%	6%	6%	
13	Vivant seuls parmi les 80 ans et plus	3 303	46%	nc		45%	48%	49%	
14	Vieillissement				0,63	0,96	0,77	0,79	



Une autre particularité vendéenne est l'attrait du département de manière plus ponctuelle lors de la saison estivale où le tourisme génère une croissance démographique exceptionnelle. En effet, en 2019, la Vendée est la 4eme destination touristique en France en nombre de nuitées (26).

Concernant la démographie médicale, pendant la période d'observation allant de 2009 à 2014, le nombre de médecins généralistes en Vendée diminue. Cette baisse est plus importante en Vendée que la moyenne régionale et nationale. Il s'agit du département des Pays de la Loire qui connaît la plus grande baisse d'effectif de médecins généralistes *(Source : commission paritaire locale des médecins de l'assurance maladie Vendée janvier 2019).* La moyenne d'âge des médecins généralistes en Vendée est de **51,3 ans** (27) au 1er Janvier 2019. Sur la même période, près de la moitié des médecins généralistes vendéens ont 55 ans ou plus.

La densité des spécialistes en médecine générale pour 100 000 habitants depuis 2010 (base 100 en 2010)

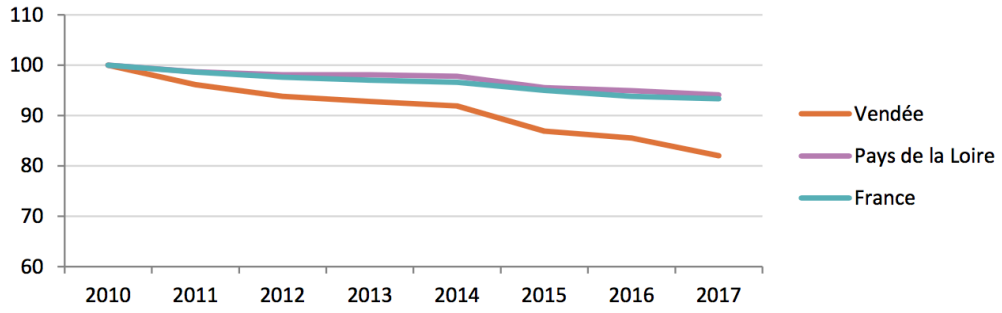


Figure 3 - Evolution de la densité des médecins généralistes de 2010 à 2017 (en indice)(27)

L'inconvénient de cet indicateur démographique est qu'il ne prend pas en compte la diversité des exercices qui fait la richesse de notre spécialité. En effet, comme nous l'avons déjà abordé, l'exercice de la médecine générale est en cours d'évolution. Le modèle du cabinet de médecin généraliste exerçant seul dans son cabinet est de moins en moins fréquent.

Afin d'apporter des données plus précises sur l'offre de soins primaires, les ARS s'appuient sur un autre indicateur appelé APL MG (pour Accessibilité Potentielle Localisée aux Médecins Généralistes). Il permet de mieux apprécier l'accessibilité aux soins primaires pour les patients d'un même territoire. Nous pouvons l'interpréter comme un nombre moyen annuel de consultations accessibles par patient en soins primaires. Afin d'anticiper au mieux la diminution en offre de soins liée à la cessation d'activité de médecins généralistes due à leur départ en retraite, nous pouvons intégrer à cet indicateur l'âge des praticiens. Ainsi nous pouvons obtenir par exemple l'APL MG 65 représentant le nombre moyen annuel de consultations accessibles par patient en soins primaires auprès d'un praticien de moins de 65 ans. Cet indicateur offre un regard plus pessimiste de la situation mais permet une anticipation des besoins futurs (à plus ou moins court terme) en matière de soins primaires.

En 2018, l'APL MG départementale est déterminé à 3,1. A titre de comparaison l'APL MG moyen régional est de 3,5, exactement dans la moyenne nationale : 3,5 *(Source : Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire (28)).*

iii. Echelon local

Au sein du territoire couvert par la CPTS Centre Vendée, l'ORS Pays de la Loire (29) observe en 2020, une croissance démographique positive de **+1%/an** (statistiques portant sur la période 2012 à 2017) contre **+0,5%** en moyenne nationale entre 2007 et 2017. En 2020, l'APL MG CPTS Centre Vendée était de 3,3.

Sur la commune de La-Roche-sur-Yon, on dénombre 41 cabinets de médecine générale en 2019 (dont 2 sont des cabinets secondaires) pour une population de 53 741 habitants, soit en théorie 1310 patients par cabinet médical.

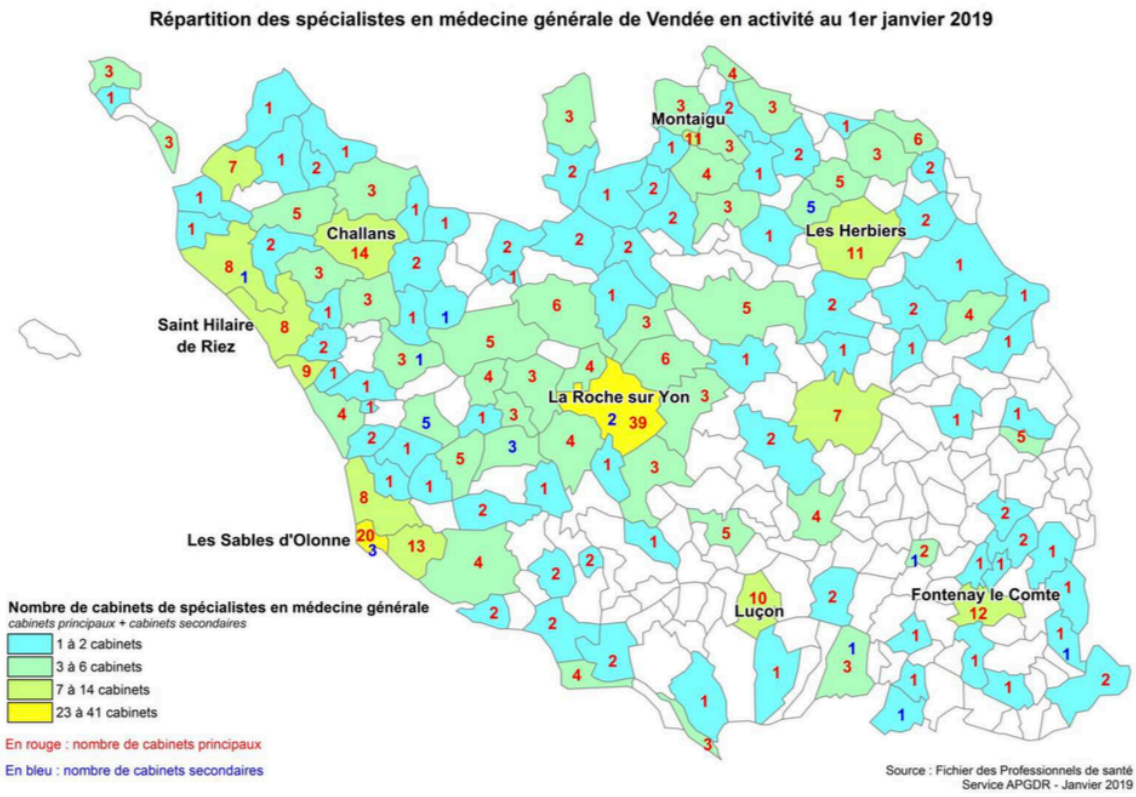


Figure 4 - Répartition des spécialistes en médecine générale au sein de la Vendée au 1er janvier 2019 (27)

A titre de comparaison, sur la commune de Fontenay-le-Comte, on dénombre 12 cabinets médicaux pour 13 424 habitants soit en théorie 1119 patients par cabinet médical.

Cette croissance démographique associée à cette faible densité médicale aboutit à un pourcentage de patients sans MT estimé en CPTS Centre Vendée à 12% soit environ 22 000 patients, taux qui grimpe à La-Roche-sur-Yon à 14,9% de la population soit environ 8000 patients (30), l'un des taux les plus élevés du département. Cette problématique en fait un sujet majeur de politique locale.

Contexte de saturation des services d'urgence

En France, l'organisation du système de soin non programmé a été modifiée dans les années soixante par la création des services d'urgence initialement gérés par des internes en médecine ou chirurgie qui effectuaient à tour de rôle une garde pour l'accueil des soins non programmés. L'organisation a été modifiée et s'est structurée en un service comportant une équipe dédiée à partir de 1995. Depuis, la demande de soins n'a cessé de croître comme dans tous les pays ayant créé ce type de service. D'après les dernières études réalisées par la DREES concernant l'année 2018, on dénombre 21,8 millions de passages, soit une progression de 2 % par rapport à 2017. A titre de comparaison, en 1996, le nombre annuel de passages aux urgences s'établissait à 10,1 millions. Globalement, on estime une augmentation de 3,6 % en moyenne chaque année entre 1996 et 2018, excepté en 2010 où nous avons pu voir une stabilité (31). Si l'on remonte encore plus loin, entre 1990 et 1998 (32), nous assistions déjà à une forte augmentation de 43% des passages aux urgences dans les établissements publics (qui en concentrent encore actuellement la très grande majorité).

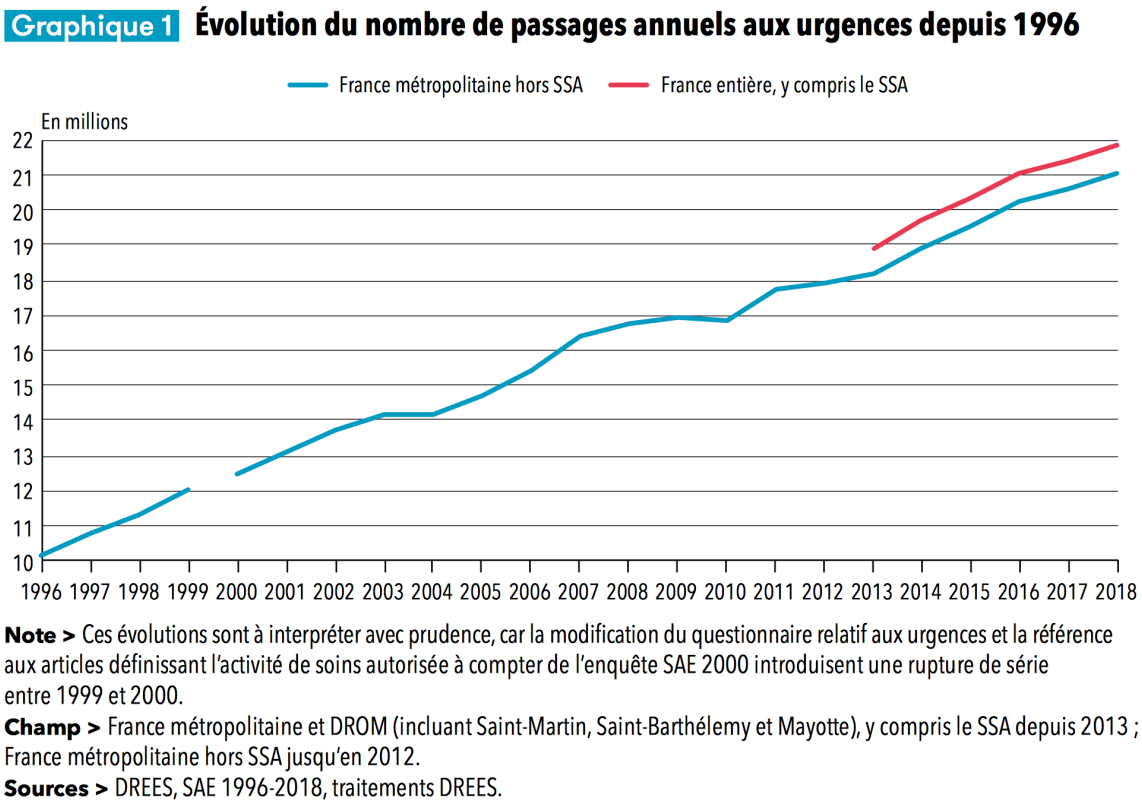


Figure 5 - Enquête DREES "évolution du nombre de passage annuels aux urgences entre 1996 et 2018 (33)

Paradoxalement, cette augmentation de passages aux SAU n'est pas liée à une augmentation des situations d'urgence vitale. En effet, une enquête menée par la DREES en 2002 sur un échantillon de 10 000 personnes ayant eu recours à un service hospitalier de médecine d'urgence (150 services d'urgences tirés au sort) a montré que 88% des passages aux urgences concernent des patients ayant un état clinique stable classé CCMU 1 ou 2 selon qu'ils nécessitent la réalisation ou non d'examens complémentaires et/ou d'acte thérapeutique (34). Seuls 2,4% des passages aux urgences concernent des patients ayant un état clinique jugé grave ou ayant nécessité des manœuvres techniques lourdes voire de réanimation (classés CCMU 4 ou 5).

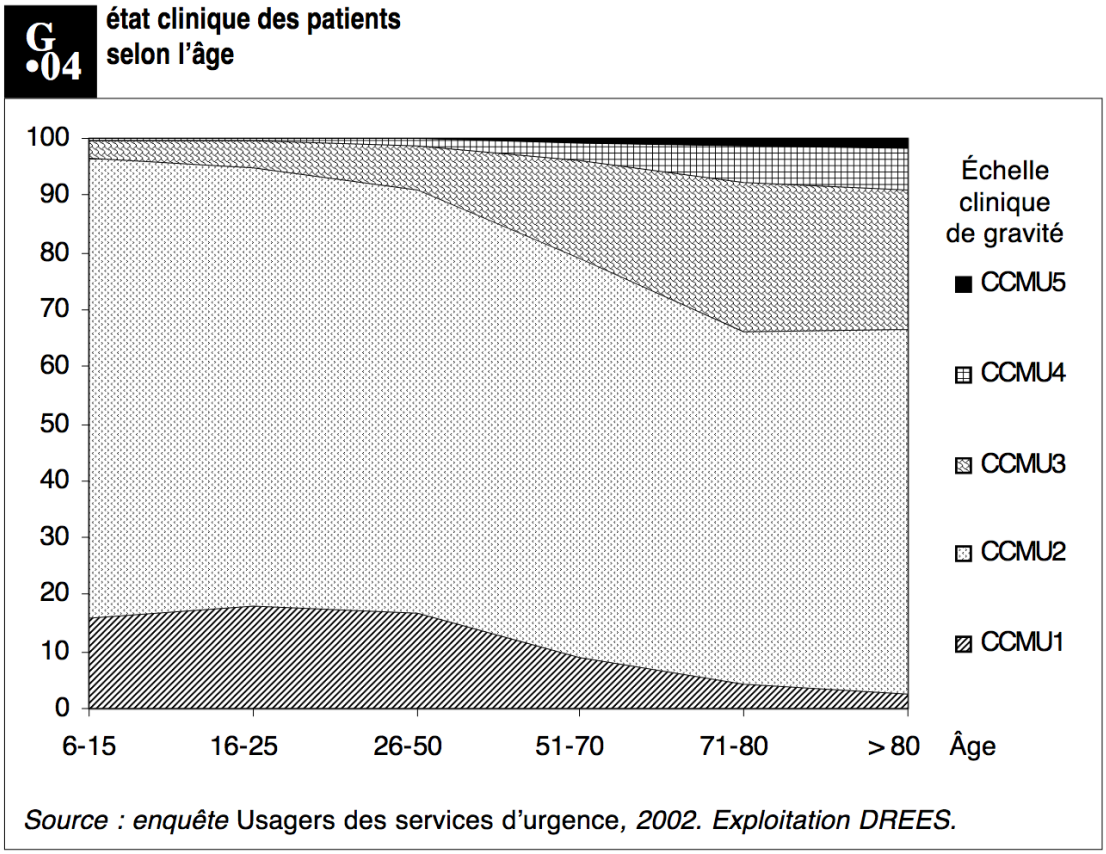


Figure 6 - Enquête DREES "usagers des services d'urgence en 2002 - Répartition de la gravité clinique en fonction de l'âge du patient

En 2019, la Cour des comptes a établi un rapport (35) à ce sujet et confirme de nouveau le constat de la DREES. Ce rapport s'appuie sur les données de l'année 2016. Le nombre de passages de patients classé CCMU 1 et 2 est estimé entre 70 et 90% des passages totaux. L'augmentation toujours croissante de l'activité des urgences porte essentiellement sur les passages qui ne se concluent pas par une hospitalisation.

Entre 2013 et 2016, l'activité des urgences a augmenté de 15%. Dans le même temps, l'offre de soins du SAU mise en évidence par le nombre de médecins en poste a augmenté de 13%. A noter, cette augmentation doit être tempérée par le développement de l'exercice à temps partiel passant de 46% en 2013 à 77% en 2016. Ce sous-effectif médical se traduit par un taux de vacance de statutaires de PH exerçant en médecine d'urgence de 25% pour les PH à temps plein et 45% pour les PH à temps partiel. Ce taux de vacance est à pondérer grâce au recours important à l'intérim médical.

Les services des urgences en sous-effectif voient donc une fréquentation en augmentation croissante essentiellement liée à des passages de patients ne relevant pas de soins urgents. Ces services accueillent également des patients ayant parfois des problématiques à prédominance sociale.

En premier lieu, ce phénomène qualifié parfois de « crise des urgences » pose des questions en termes d'efficience de soins : nécessité d'un « tri » des patients, augmentation des délais d'attente, manque de moyens afin de répondre à certaines situations médico-sociales en lien avec une inadaptation de la structure. Théoriquement, une partie de cette demande de soins non programmés pourrait être assurée par des médecins généralistes de ville, mais quid des patients sans médecin traitant ? On peut donc émettre l'hypothèse que moins il y a de médecins traitants dans la zone, plus le nombre de passage aux urgences risque d'augmenter.

Cette augmentation de l'activité des services d'urgences et le développement du recours à l'intérim médical entrainent également un surcoût pour l'assurance maladie. En effet, le coût moyen d'un passage aux urgences se situe aux alentours de 115€ en journée et 150€ la nuit. A titre de comparaison, une consultation de soins non programmés par un médecin généraliste représente un coût compris en moyenne entre 25€ en journée et 71€ la nuit.

Dans ce contexte, la Cour des comptes a pointé du doigt une insuffisance de l'offre de soins non programmés en ville. Elle a entre autres émis des pistes d'amélioration en ce sens. L'objectif étant de transférer une partie de ce flux de patients ayant une demande de soins non programmés non urgents vers la médecine de ville qui est plus adaptée à répondre à ce type de demande. Il s'agit d'une voie suivie par le gouvernement au travers du « Pacte de refondation des urgences » présentée par Agnès Buzyn, alors ministre de la santé, au sein d'un projet de santé plus global « Ma santé 2022 ». Ce plan prévoit entre autres la création de structure de soins non programmés de médecine de ville pour répondre aux urgences ressenties par les patients hors urgences vitales. Cette nouvelle organisation sera à l'initiative des services hospitaliers et/ou des CPTS, sous le contrôle des ARS. Ces structures prennent le nom de « Point d'accueil pour soins immédiats » ou PASI.

Les services d'urgences bénéficient d'une aide financière pour s'appuyer sur ce dispositif au travers d'un forfait de réorientation des urgences en cours d'expérimentation depuis le 1er mai 2021 pour une durée de 2 ans.

Ce nouveau plan prévoit également la création d'un SAS ou « Service d'Accès aux Soins », consistant en une ligne unique de régulation des demandes de soins non programmés, orientant vers des consultations de ville, vers le SAU, vers une prise en charge d'urgence vitale type SMUR, mais pouvant également assurer un simple conseil médical ou encore une téléconsultation avec l'objectif de répondre à la demande de soins en moins de 48h.

Un travail intéressant a été co-écrit en 2013 (36) par plusieurs praticiens hospitaliers de l'AP-HP, Frédéric PIERRU chercheur du CNRS dans le domaine de la sociologie du système de santé et Claire GEORGES-TARRAGANO présidente du collectif PASS. Les auteurs proposaient de s'inspirer du modèle des PASS pour répondre à cette demande de soins non programmés. En effet, pour ces auteurs, le recours au service d'urgence entraine parfois une prise en charge médicale qui pourrait être en théorie différée ainsi qu'une multiplication d'examens complémentaires justifiée par le principe de précaution et/ou une motivation financière.

Ils opposent ce modèle à celui considéré comme « plus vertueux » par ces auteurs : celui de la PASS. Ces structures médico-sociales hospitalières ambulatoires, mises en place en 1998 dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions, ont pour mission d'offrir une offre de soins globale pour des patients ayant des vulnérabilités médico-sociales, notamment une précarité et l'absence de couverture sociale. Cette offre de soins comprend une réponse à des soins non programmés. Du fait de la spécificité des situations rencontrées où les problématiques médicales et sociales sont parfois intriquées, elles disposent d'un financement par une enveloppe globale non soumise à la tarification à l'activité. Dans ce modèle, à la différence du SAU, chaque patient qui se présente ne bénéficie pas forcément d'une consultation médicale dans les heures qui suivent. Une réponse la plus adaptée possible est fournie par l'IDE et le médecin, pouvant être différée si la demande est considérée non urgente. Ce modèle permettrait selon les auteurs de « concilier l'intérêt du patient et les nécessaires préoccupations d'économie des dépenses de santé par des réflexions médico-sociales et éthiques, de limiter les dépenses de santé en privilégiant une prise en charge ambulatoire des patients, d'organiser de façon programmée des hospitalisations de courte durée. » Dans ce modèle, on se rapproche de la gestion de soins non programmés qui peut être faite en médecine de ville, et probablement dans les futurs PASI.

Plusieurs questions se posent alors :

- Faut-il que les soins non programmés soient gérés par des structures externes (PASI, SOS Médecin, etc…), par les médecins généralistes traitants ou par un modèle hybride alliant les deux ? Et avec quel mode de répartition ?
- Existe-t-il un risque d'erreur médicale ou de perte d'efficience médicale ? Cela par méconnaissance des dossiers médicaux par opposition aux médecins traitants qui par définition connaissent les spécificités de leurs patients ?
- Cette décision doit-elle être centralisée ou décentralisée comme au Danemark (37), où la gestion des soins non programmés est sous la responsabilité des municipalités et des régions ?

En France, cette gestion était jusqu'alors centralisée à l'échelon départemental, mais commence se décentraliser depuis l'apparition des CPTS, dont l'une des missions prioritaires est la gestion des soins non programmés. En effet, les CPTS travaillent beaucoup sur la question d'organisation des soins non programmés en médecine de ville afin de réduire les passages aux urgences avec l'établissement de différents protocoles locaux pour s'adapter au mieux aux spécificités de chaque territoire. Également de façon locale, certains hôpitaux prennent la décision de réguler l'accès aux urgences par le centre 15 notamment.

L'exemple du Danemark (37)

Dans la région de Copenhague en 2014, une mesure de régulation des urgences a été prise. Il est désormais obligatoire, hors urgence vitale, de contacter un numéro unique de régulation (1813) géré par des infirmiers et médecins. Ces derniers peuvent, selon la gravité de la situation, délivrer de simples conseils médicaux, donner un rendez-vous chez un professionnel de santé de ville, ou engager des moyens de secours. Pour accomplir cette mission, les régulateurs disposent de systèmes informatiques interconnectés leur permettant de connaitre le taux de remplissage des urgences locales en temps réel ainsi que d'accéder à l'agenda des médecins de ville. Depuis cette nouvelle organisation, ils ont constaté une baisse de 25% du flux de patients aux urgences avec une augmentation de 11% de l'activité des médecins généralistes (38).

Sur le plan régional

En 2016, en Pays de la Loire d'après l'ORU, on note 918 000 passages dans les services d'urgences soit une moyenne de 2500 patients par jour. L'augmentation de la fréquentation annuelle par rapport à 2015 est de 2,6%, soit légèrement en deçà de la moyenne nationale dont 88% concernant des patients ayant un état clinique stable CCMU 1 et 2 ; et seulement 1% ayant un pronostic vital engagé CCMU 4 ou 5. Ces derniers chiffres sont à interpréter avec précaution. En effet, la cotation CCMU figurait sur un peu plus de 60% des RPU, mais ces données sont tout à fait cohérentes avec l'observation nationale.

Sur le plan local

A titre de comparaison en 2016, au CHD de La-Roche-sur-Yon, on dénombre selon l'ORU Pays-de-la-Loire, 125 RPU au SAU général contre une moyenne régionale aux alentours de 70 RPU avec une évolution entre 2015 et 2016 +9,2%. Cela correspond à une augmentation chaque jour de 11 patients supplémentaires ce qui est considérable. Concernant la gravité clinique des patients admis, 91% des patients admis en 2016 sont classés CCMU 1 et 2. Un peu plus de 1% des patients admis présentent une urgence vitale : CCMU 4 et 5. Ceci reste cohérent avec les observations nationales. Si l'on s'intéresse à des données plus récentes, on observe une croissance des RPU quasi continue entre 2015 et 2021.

En effet, l'année 2020, année du confinement en raison du COVID-19 a été la seule année avec un solde légèrement négatif -0,8% négligeable par rapport à une croissance positive continue les autres années.

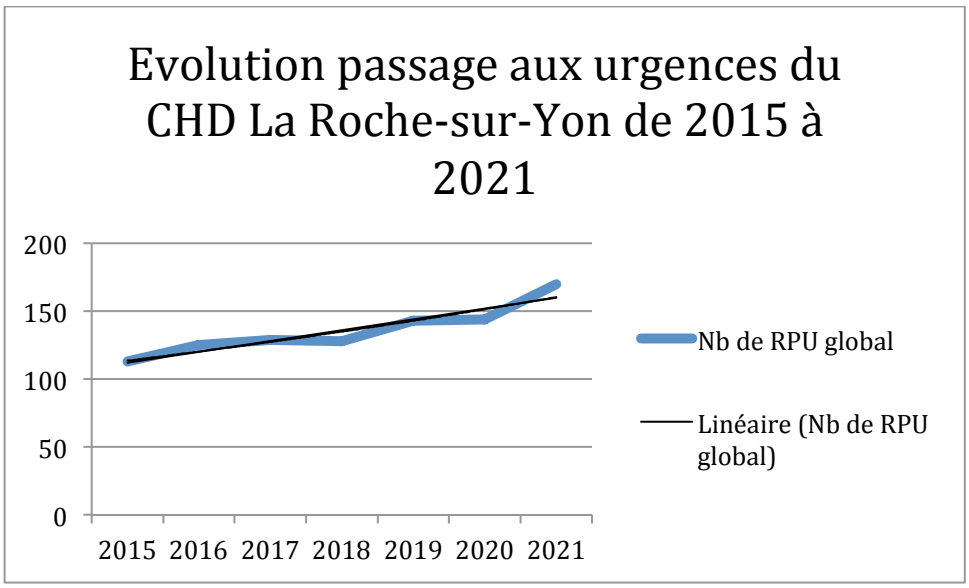


Figure 7 - Evolution du nombre de RPU au SAU CHD LRSY de 2015 à 2021

Tableau 2 - Evolution du nombre de RPU au CHD LRSY de 2015 à 2021

Evolution passage aux urgences du CHD La Roche-sur-Yon de 2015 à 2021			
	Nb de RPU	Dont RPU SAU pédiatrique	Evolution
2015	113		
2016	125		+9,6%
2017	129		+3,1%
2018	128		-0,8%
2019	143		+10,5%
2020	144	27	+0,7%
2021	170	37	+15,3%
2022	Données non disponibles		
		Evolution globale =	**+38,4%**

Au total, nous observons une croissance de + 38 % du nombre de RPU entre 2015 et 2021. Le nombre de RPU quotidien étant passé de 113 en 2015 à 170 en 2021 soit **57 patients supplémentaires par jour.**

Avec 8000 patients sans MT, une diminution de la démographie médicale notamment en ville, on peut s'attendre à une augmentation de la demande de soins non programmés. On peut donc formuler l'hypothèse que le nombre de passage au SAU du CHD continuera sa progression à l'avenir.

Pour répondre à cette augmentation de la DSNP, et limiter cette crise des urgences, la CPTS Centre-Vendée participe entre autre à la mise en place du SAS, en accompagnant le développement de centres de soins non programmés régulés, l'ouverture de créneaux volontaires de SNP dans les cabinets médicaux du territoire et la pérennisation des consultations d'accès aux soins.

Objectifs du travail

I. Ancrage des futurs médecins généralistes

Un travail de thèse réalisé en 2019 par Juliette CASSAGNEAU (39) intitulé « *Facteurs d'attractivité des territoires vendéens lors de l'installation en Médecine Générale: étude qualitative auprès de Médecins Généralistes installés en Vendée entre 2014 et 2018».* Elle a consisté en une étude qualitative auprès de médecins généralistes installés en Vendée à travers une grille d'entretien. L'échantillon portait sur 90 médecins généralistes éligibles à l'enquête, avec un taux de participation de 20%. Tous sauf un, connaissaient la Vendée avant de s'y installer, certains de par leur origine vendéenne, d'autres par découverte.

Les facteurs d'attractivité cités dans cette enquête sont :

- Dans le cadre personnel :
    - Le cadre de vie,
    - La distance par rapport au lieu d'habitation,
    - La présence d'infrastructures,
    - La situation géographique,
    - L'emploi du conjoint,
    - L'accessibilité par les transports routiers, ferroviaires,
- Dans le cadre professionnel :
    - L'ambiance du cabinet,
    - L'entente avec les collègues,
    - La vision commune de l'exercice médical,
    - L'exercice coordonné,
    - La présence d'un secrétariat,
    - Les locaux professionnels,
    - La patientèle,
    - Les conditions ou opportunités d'installation,
    - L'activité en terme quantitatif et qualitatif (variabilité saisonnière, une des spécificités du territoire vendéen, la variété des publics et pathologies rencontrés),
    - L'organisation de la permanence des soins,
    - L'accessibilité des remplaçants,
    - L'offre de soins (proximité des plateaux techniques hospitaliers, services d'urgences, proximité des médecins de second recours, proximité des professions paramédicales,
    - La réelle demande de soins.

D'autres déterminants ont été mis en évidence comme les relations amicales, le soutien familial, la perspective d'évolutivité dans les projets professionnels.

Tous les médecins notent en revanche que les aides à l'installation conventionnelles (ARS, CPAM), locales (commune ou communauté de commune) n'ont pas été déterminantes dans le processus d'installation. Pour les démarches globalement, les praticiens se sont sentis bien accompagnés par les institutions (CPAM 85, CDOM 85)

Après analyse des résultats, L'autrice décrit que « la connaissance préalable du territoire notamment permise par les stages et les remplacements (…) permettent de se projeter plus facilement au sein d'un territoire ». Elle note également que « l'exercice de groupe semble être devenu incontournable (…) La vision commune de l'exercice médical ajoute un atout supplémentaire. » A propos du cadre de vie, elle conclut que « si la proximité des commerces et des infrastructures n'est pas forcément recherchée sur le lieu d'installation, ils sont indispensables à proximité du lieu de vie (…) Un environnement professionnel riche (structure hospitalière, autres spécialistes médicaux, paramédicaux) et à proximité sécurise une installation (…) La présence d'un secrétariat physique apporte une plus-value (…) Les aides financières qu'elles soient conventionnelles ou locales permettent un coup de pouce en début d'installation mais ne semblent pas déterminantes ».

En s'appuyant sur ces données, on peut espérer qu'avec la création d'un terrain de stage supplémentaire à La-Roche-sur-Yon, quelques internes affectés à ce stage feront le choix de s'installer au sein de cette commune ou aux alentours. En effet, les futurs médecins généralistes s'installent plus facilement lorsqu'ils connaissent les correspondants locaux hospitaliers ou libéraux.

II. Centres de consultation se rapprochant du projet de La-Roche-sur-Yon

Par le passé, on a pu retrouver plusieurs centres de consultation de médecine générale se rapprochant de celui du CHD de La-Roche-sur-Yon. Les consultations sont menées pour la plupart par des médecins généralistes déjà installés souvent dans des hôpitaux de proximité parfois dans des circonstances d'organisation de soins particulière comme par exemple Belle-Ile-en-Mer. De nombreux projets sont également en cours comme à Saint-Gilles-Croix-de-Vie en Vendée où un centre municipal de santé se crée dans les locaux de l'hôpital de Saint-Gilles-Croix-de-Vie incluant des médecins salariés avec le soutien de la mairie, la CPTS, l'hôpital, le département et même la région.

Peu de centres incluent des internes. On peut citer l'exemple du CH Mauriac (40), dans le Cantal, où en 2016 a été créé un dispositif au sein duquel des consultations de médecine générale étaient assurées par 2 internes de médecine générale à l'occasion d'un stage SASPAS sur la base d'un temps partiel dans ce centre et l'autre partie au sein de cabinets de médecine générale de ville. Les consultations y étaient menées du lundi au vendredi sans rendez-vous. L'objectif était de désengorger les urgences de patients n'ayant pas de critère de gravité et de pallier les nombreux départs en retraite d'omnipraticiens. Ce dispositif a été suspendu à plusieurs reprises entre 2017 et 2019 faute d'interne. Depuis l'obligation du stage SASPAS dans la formation des étudiants, le dispositif a repris et semble se pérenniser avec la persistance du modèle de consultations sans rendez-vous.

Expérience Fontenaysienne

En Vendée, à Fontenay-le-Comte, une première expérience a été réalisée depuis 2017 concernant la création d'un centre de consultation à mi-chemin entre hospitalier et médecine de ville. En effet, un projet a été porté à l'initiative d'un interne, Romain CROUE, avec l'aide du Dr Cyril COUILLARD chef de service du CH de Fontenay-Le-Comte et avec le soutien de la faculté de Nantes et du CH local. Il a consisté à créer des consultations de médecine générale dans les locaux du CH de Fontenay-le-Comte. Ces consultations étaient menées par des internes en fin de cursus, habituellement 2 internes par semestre, affectés à temps plein à l'occasion du stage SASPAS. L'idée de départ était d'assurer des consultations de soins non programmés pour des patients se présentant spontanément au SAU pour divers motifs sans aucun critère d'urgence. Dès leur arrivée, ils faisaient l'objet d'une évaluation par l'IAO afin de s'assurer de l'absence de critère d'urgence. Si tel est le cas, l'IDE adressait le patient auprès des consultations SASPAS. Les internes bénéficiaient d'une supervision indirecte par des médecins locaux ou du DMG.

Ce projet a fait l'objet de 2 travaux de thèse, le premier mené par Romain CROUE soutenu en 2018 intitulé *« Elaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS* (41)*»* visant à décrire les étapes de la création de ce « cabinet » de consultation ainsi que l'évaluation de l'activité de ce centre.

Le deuxième travail de thèse mené par Claire VIEL soutenu en 2019 s'intitule *« Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale ou « Consultation SASPAS** (42) *» rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte. ».* Il s'intéresse au vécu des patients ayant pu bénéficier de ce dispositif. C'est ce modèle qui a directement inspiré la création des consultations de médecine générale de La-Roche-sur-Yon.

Le contexte démographique à Fontenay-le-Comte est totalement différent. En effet, on note un léger déclin de la population à -0,3 % entre 2009 et 2014 (25). A titre de comparaison à La-Roche-sur-Yon, sur la même période on constate une progression de +0,9%/an.

Sur le plan de la démographie médicale, la situation est également très différente. En effet, selon le zonage établi par l'ARS en 2018, la ville de Fontenay le Comte fait partie selon certains quartiers d'une zone d'intervention prioritaire (43), soit le plus haut niveau de fragilité en terme d'accès aux soins; ou d'une zone d'action complémentaire qui représente une fragilité présente de façon plus modérée. La commune de La-Roche-sur-Yon est située hors du zonage en 2018 soit considérée par l'ARS comme ayant une problématique d'accès aux soins moindre par rapport à d'autres zones. Afin de nuancer cet indicateur de l'ARS, à la-Roche-sur-Yon, 14,9% des bénéficiaires âgés de plus de 16 ans du régime général hors SLM (Sections locales mutualistes) n'auraient pas de médecin traitant, soit près de 8000 patients. Ces chiffres sont au-delà de la moyenne départementale : 13,4%, et de la moyenne régionale de 11% environ 8% en moyenne nationale en 2020 selon les données de la CNAM (44) Sur ce critère, on se rapproche de la situation de Fontenay-le-Comte, pour laquelle ce chiffre s'établit à 16,3% des patients. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence car ne sont pas corrélés de façon linéaire à l'accessibilité aux soins, plusieurs facteurs de confusion existent.

i. Eléments positifs tirés de cette première expérience vendéenne

Sur l'expérience de Fontenay-le-Comte, on a pu voir à l'occasion des travaux de thèse réalisés notamment par Romain CROUE, un bénéfice en terme pédagogique, avec un volet sécurité pour l'étudiant du fait de la proximité géographique et de la relation privilégiée avec le service d'urgences de Fontenay-le-Comte ; en termes d'accès aux soins ; en terme de satisfaction de la patientèle dans la thèse réalisée par Claire VIEL.

L'expérience a montré qu'il s'agissait d'un modèle viable grâce à l'implication de tous les acteurs hospitaliers, universitaires, administratifs comme en témoigne la pérennité de la structure avec un autofinancement.

Cette première expérience s'est même soldée par l'installation dans le secteur d'un ancien interne : Romain CROUE qui participe activement à la permanence des soins, et s'investit dans la régulation des soins non programmés.

ii. Eléments de discussions autour de l'expérience fontenaysienne

Ce modèle a également établi des pistes d'amélioration, notamment en terme pédagogique. Le stage SASPAS de Fontenay-le-Comte était réalisé par deux internes en SASPAS intervenant exclusivement dans ce centre assurant des consultations du lundi au samedi matin. Il ne représentait pas à lui seul, du fait de son caractère mixte hospitalier et médecine de ville, la complexité des consultations de médecine générale réalisées en cabinet de médecine générale traditionnel. En effet, le profil de la patientèle paraissait différent ; en terme d'âge avec une population plutôt jeune avec une moyenne d'âge de 35 ans, la population âgée était très peu représentée ; en terme de profil socio-économique avec une population ayant principalement un profil socio-économique précaire avec 44% des patients classés dans la catégorie « Autres personnes sans activité professionnelle » ; en terme d'accès aux soins, car il s'agissait avant tout de patients ayant fait une démarche de recours au service d'urgence pour des motifs divers.

Le type de consultation était différent d'un cabinet traditionnel, comportant quasi-exclusivement du soin non programmé en moyenne à 85% en dehors du dernier mois de recueil (60%). Cela posait problème sur le plan pédagogique, ne mettant pas l'étudiant face à des situations de suivi de pathologie chronique, suivi pédiatrique, de la femme enceinte. De plus, le choix des consultations sans rendez-vous avec un tri au préalable par une IDE se rapprochait plus d'un service de consultations menées par un service d'urgence hospitalier que d'un cabinet de médecine générale classique à la différence que les consultations n'étaient pas menées ou encadrées par un médecin urgentiste. L'auteur de la thèse préconisait justement de ce fait d'inciter davantage à la prise de rendez-vous et d'éviter les consultations imprévues.

Si on reprend le « cahier des charges » des compétences définies par le CNGE (9) et schématisées sous la forme d'une « marguerite des compétences », ce type de modèle peut donc présenter des risques de carence dans certaines compétences notamment dans le domaine de la continuité des soins, du suivi et de la coordination des soins autour du patient, mais également dans le domaine de la prévention, de l'éducation en santé, individuelle et communautaire. Ces domaines risquent en effet de ne pas être développés suffisamment si l'activité est orientée essentiellement vers des soins non programmés. Ce modèle peut toutefois correspondre aux étudiants en médecine générale se destinant à un exercice hospitalier ou éventuellement mixte.

Tous ces facteurs expliquent le choix fait au CHD de La-Roche-sur-Yon de créer un modèle de stage couplé à d'autres terrains de stage plus classiques et d'opter pour des consultations sur rendez-vous de façon exclusive.

III. Rôle de la CPTS Centre Vendée

La première mission des CPTS est de favoriser l'accès aux soins et ce au travers de 2 volets : l'accès au médecin traitant et la continuité des soins avec la responsabilité d'une organisation collective afin de répondre aux besoins de soins non programmés en journée. L'ADOPS 85 est quant à elle en charge de la PDSA.

La permanence des soins – Maison Médicale de Garde CHD La-Roche sur-Yon

Pour les gardes de nuit, week-end et jours fériés cette mission est assurée sur une partie du territoire de l'agglomération de La Roche-sur-Yon par l'AGUMY association qui rassemble l'ensemble des médecins généralistes. D'un point de vue pratique, ces derniers effectuent cette permanence au sein de la Maison Médicale de Garde du CHD de La-Roche-sur-Yon. Tous les patients font l'objet en amont d'une régulation par le centre 15 ou le 116 117 avant toute admission dans ce centre.

Le dispositif SAS

Issu d'une mesure gouvernementale, le Service d'Accès aux Soins (SAS) a pour objectif de donner une réponse aux patients ayant un besoin de soin urgent et/ou non programmé nécessitant une prise en charge dans les 48h, notamment pour les patients dépourvus de médecin généraliste traitant, ou de passage dans la région. Déployé petit à petit dans plusieurs départements pilotes, il s'agit d'une entité rassemblant notamment les acteurs de la ville (CPTS, ADOPS) et ceux de l'hôpital (CHD, SAU).

Il est organisé autour de deux piliers : la régulation d'un côté, l'effection de l'autre, permettant aux patients d'être pris en soins au bon moment, au bon endroit, et par le bon professionnel de santé.

L'accès au médecin traitant

L'assurance maladie a créé un dispositif de médecin traitant (MT). Il s'agit de tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, déclaré par le patient, chargé d'exercer un rôle de pivot dans le parcours de soins du patient, assurer le suivi du patient, les soins de premier recours, de prévention, chargé de tenir à jour le dossier médical du patient enrichi de données cliniques, paracliniques, avis des médecins spécialistes, assurer des missions de prévention, dépistage et éducation thérapeutique.

L'assurance maladie promeut ce dispositif en incitant financièrement d'une part les patients qui risquent un remboursement moindre en cas de non respect de ce dispositif et également les médecins avec des aides financières calculées au prorata du volume de la patientèle. Il s'agit du forfait patientèle médecin traitant. L'intérêt de ce dispositif est de permettre d'avoir une bonne efficience de soins.

L'accès au médecin traitant s'avère difficile pour les patients de La-Roche-sur-Yon et des alentours, avec comme cité précédemment un nombre de patients résidant dans l'agglomération de La-Roche-sur-Yon sans médecin traitant estimé à 8000 en 2018 selon la CPAM 85. **La CPTS Centre-Vendée se préoccupe de trouver des solutions afin de réduire ce chiffre au minimum, en particulier pour les patients définis comme prioritaires (âgés et/ou en ALD).**

IV. Augmentation de l'offre de soins

Partant des constats précédents, un des objectifs secondaires des consultations SASPAS du CHD de La-Roche-sur-Yon est de renforcer l'offre de soins locale notamment favoriser un accès aux soins pour des patients sans médecin traitant, pouvant relever aussi bien de soins non programmés que de consultations de suivi ainsi que de prévention, se rapprochant du rôle de médecin traitant. En plus d'une action directe sur la réduction des soins non programmés, l'idée est aussi d'éviter des décompensations aiguës de pathologies chroniques négligées ou non connues par l'intermédiaire de consultation de suivi, dépistage et prévention.

Nous avons conscience qu'il s'agit d'une offre de soins probablement sous-dimensionnée par rapport à la demande de soins locale. Mais elle combine d'autres missions et peut avoir dans l'avenir un impact positif en terme d'offre de soins en cas d'installation de jeunes médecins ayant découvert le territoire par l'intermédiaire de ce stage.

Matériels et méthodes

I. Exemple de Fontenay-le-Comte

Le Dr Romain CROUE a effectué un travail de thèse concernant la création des consultations SASPAS au sein du CHD de Fontenay-le-Comte, inauguré en mai 2017.

Sur le semestre de mai 2017 à octobre 2017, 481 consultations (pour 371 patients) ont été effectuées sur 59 journées soit une moyenne de 8 consultations par jour. Les consultations se déroulaient le lundi, mardi et jeudi. La plus grosse activité ayant eu lieu sur le mois de juillet avec une moyenne de 10 consultations par jour. L'amplitude horaire était de 8h15 à 19h30.

Concernant le recrutement des patients, initialement l'orientation se faisait par l'IAO des urgences pour des patients se présentant spontanément au SAU et ne relevant pas de soins urgents. Un algorithme décisionnel a été effectué en ce sens pour guider l'IAO. En mai 2017, ce mode de recrutement concernait 83% des consultations réalisées, puis a diminué au cours du semestre de façon importante pour se stabiliser aux alentours de 15% les mois suivants. En octobre 2017, Sur les 85% restants, 40% étaient des reconvocations à l'initiative de l'interne, 45% concernant des prises de rendez-vous par le patient lui-même.

Concernant le profil des patients, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. En revanche il s'agit d'une patientèle plutôt jeune avec une moyenne d'âge de 35 ans. Leur origine géographique était assez variée, avec une légère majorité (53%) de patients issus de l'agglomération de Fontenay-le-Comte (l'auteur incluant les patients résidant dans une commune ayant le code postal 85200). Concernant les 47% restants, il s'agit de patients provenant d'un secteur vaste allant de Pouzauges au nord, à Maillezais au Sud, Luçon à l'Ouest et Nieul-sur-l'Autise à l'Est. De façon plus sporadique, on remarque une provenance de patients de tout l'hexagone, donnée probablement conjoncturelle en rapport avec l'attrait touristique de la région à cette période de l'année.

Concernant les données socio-professionnelles, il s'agit d'une patientèle plutôt modeste, la très grande majorité des patients 44% était sans activité professionnelle (dont 25,5% de patients mineurs), 16% employés, 15% retraités, 12% ouvriers, le restant se répartissant de façon homogène entre les professions intermédiaires, cadres, artisans et agriculteurs.

25% de ces patients avaient consulté un MG dans les 3 derniers mois. 23% n'en avaient pas consulté depuis plus d’un an.

Concernant la supervision de l'interne, il s'agissait d'une supervision indirecte réalisée deux fois par semaine de façon alternée entre le Dr COUILLARD médecin urgentiste et le Dr SENAND médecin généraliste.

L'auteur souligne l'offre de soins supplémentaire, l'intérêt pédagogique et professionnalisant tout en prenant en compte le manque de visibilité de la structure par les patients du fait d'un manque de communication, ainsi que la limite d'un seul interne assurant ces consultations de façon exclusive 3 jours par semaine. Il pointe également l'impossibilité pour l'interne de devenir médecin traitant, ce qui pose certains problèmes. Sur l'activité des urgences, il n'a pas été constaté de baisse de celle-ci au contraire, on constate une augmentation du flux de patients aux urgences. En terme pédagogique, certains points ne sont pas abordés lors de ce stage comme les démarches administratives, de comptabilité, gestion des stocks, formation à un logiciel métier adapté à la médecine générale car il était fait appel au logiciel des urgences : UrQual©. Un autre élément négatif est l'absence de secrétariat pour la prise de rendez-vous, cette tâche étant réalisée par l'interne. Il pointe du doigt le risque de dérive de ce modèle comme la création d'un équivalent « circuit-court » des urgences gérant des soins non programmés pour les patients relevant (à priori) d'une évaluation médico-technique sans hospitalisation regroupant notamment la traumatologie. Ce stage n'a pas été poursuivi lors du semestre de novembre 2017 à 2018 pour des raisons organisationnelles. Il a par la suite été refondé dans le cadre des nouvelles « consultations d'accès aux soins ».

II. Avant-projet - les obstacles à lever

Les enjeux du projet sont nombreux, en termes pédagogique, de renforcement du lien ville-hôpital, de renforcement de l'offre de soins, d'ancrage des étudiants dans le territoire, d'attractivité pour les médecins et de création d'un modèle qui puisse s'exporter dans d'autres territoires ayant des besoins de santé comparables.

Le projet de création de consultations SASPAS dans les locaux du CHD de La Roche-sur-Yon a émergé d'une volonté de reprendre le modèle du stage crée à Fontenay-le-Comte en veillant à ne pas reproduire les difficultés de positionnement par rapport à l'offre de soins. En effet, sur l'expérience Fontenaisienne, on a observé un très grand nombre de consultations de soins non programmés de patients recrutés quasi exclusivement par le SAU. Cette difficulté s'est progressivement amoindri, avec en mai 2019 un quart des consultations réalisées concernant des soins non programmés au profit d'un développement des consultations de suivi. Le recrutement des patients est devenu également plus diversifié.

Les internes qui ont été affectés à ce stage sont globalement satisfaits et mettent en avant l'aspect autonomisant du stage tout en garantissant une sécurité optimale du fait de la proximité et des relations privilégiées avec le SAU. Ils apprécient également avoir leur patientèle propre à l'inverse d'un stage en cabinet de ville, renforçant l'autonomie. En revanche, ils pointent du doigt la surreprésentation des soins non programmés pour des patients non connus ayant une problématique médicale aigüe, modifiant la

relation de soins et le déroulement des consultations, qui se rapproche parfois des consultations réalisées par les urgentistes, s'éloignant de la consultation complexe classique que l'on peut retrouver en cabinet de médecine générale. Les internes regrettent également l'absence de formation à la gestion administrative, comptable, du fait du fonctionnement similaire au système hospitalier. Le logiciel utilisé, à savoir celui du SAU n'est également pas toujours adapté aux consultations de médecine générale.

Présentation du projet

Le triple objectif principal concernant la création de ce stage SASPAS est de satisfaire les exigences pédagogiques de l'internat en médecine générale, renforcer le lien ville-hôpital et apporter une offre de soins supplémentaire aux habitants de l'agglomération de La Roche-sur-Yon. Pour les satisfaire au mieux, le modèle de Fontenay-le-Comte a été repris et modifié afin de l'appliquer au CHD de La Roche-sur-Yon.

Pour la création de ce dernier, les différents acteurs se sont mobilisés, dont les médecins libéraux locaux, le CHD de La Roche-sur-Yon et bien sûr le DMG et l'ARS.

III. Partenariats

Soutien du CHD

Le service des urgences du CHD de La-Roche-sur-Yon a accueilli ce projet de façon très positive et a participé grandement à la création de ce dernier. L'objectif était de travailler ensemble afin d'organiser au mieux le parcours du patient, en orientant si nécessaire les patients des urgences vers les consultations SASPAS et inversement de façon fluide. La proximité et les relations privilégiées avec le service des urgences devaient également permettre à l'interne de s'appuyer sur les médecins urgentistes en cas de besoin pour des soins urgents ou cas complexes. La direction de l'établissement a également apporté son soutien au travers du directeur général du CHD, Francis SAINT-HUBERT.

Soutien du DMG

Le DMG de l'Université de Nantes, par l'intermédiaire de plusieurs représentants, a été présent à toutes les étapes de la création de ce projet ce qui a permis de valider l'agrément de cette structure en veillant au respect des objectifs pédagogiques des internes en médecine générale ainsi que des aspects de sécurité tant pour les patients pris en charge que pour les internes affectés à ce stage.

Soutien des médecins généralistes locaux

Les médecins locaux se sont investis dans le projet par l'intermédiaire de représentants locaux de l'URML, de l'AGUMY investie dans la permanence des soins, de la CPTS Centre-Vendée, sans oublier le CGELAV et les différents MSU qui encadrent les internes à l'occasion de ce stage particulier.

Soutien du SIMGO

Le SIMGO ou Syndicat des Internes en Médecine Générale de l'Ouest, est un syndicat d'étudiant basé à Nantes, ayant la mission de représenter les intérêts des internes en médecine générale de l'Université de Nantes, auprès de la faculté mais aussi de l'ARS, des différents hôpitaux locaux ainsi que des MSU. Il s'agit d'un collectif d'étudiants élus par les internes de médecine générale. Ils occupent un rôle important dans la formation des étudiants, défendent les intérêts des internes mais aussi alertent en cas de mal-être d'un étudiant, sujet d'actualité. Lors des réunions ayant mené à la création de ce terrain de stage, un des représentants du SIMGO était présent. La position défendue par le SIMGO dans le cadre de ce projet est de garantir un stage couplé à d'autres terrains de stage afin de garantir un exercice le plus représentatif possible de la médecine générale, tout en offrant une certaine diversité à la formation pratique.

IV. Etapes de la création du stage – réunions préliminaires

Pour mener ce projet à terme, il a fallu réunir les différents interlocuteurs cités précédemment au travers de 4 réunions préparatoires ayant eu lieu entre mai et octobre 2019. Celles-ci sont schématisées en Annexe 2.

Fondements du projet – Mai 2019

Un groupe de travail s'est constitué afin de créer les bases du projet. Celui-ci a initialement réuni l'AGUMY à l'initiative du projet au travers de son président le Dr Romain BOSSIS et de sa Vice-présidente le Dr Elise PERRIN et l'ex-président le Dr Jean-Yves DUTEAU; le CHD représenté par le service des urgences du CHD de La-Roche-sur-Yon dont le chef de service le Dr Philippe FRADIN, et le Dr Jérôme FREY (PH SAU CHD); Le DMG représenté par le coordonnateur du DES de médecine générale le Pr Rémy SENAND et la chef de clinique le Dr Sandrine HILD ; Le CGELAV représenté par le Dr Elodie COSSET ; Le SIMGO représenté par ses élus Edouard STAVAUX et Marie LEROY ; L'URML Pays de la Loire et notamment l'antenne vendéenne représentée par son secrétaire, le Dr Philippe COLLEN, ainsi que la structure de consultation SASPAS de Fontenay-le-Comte, représentée par le médecin responsable également chef de service des urgences de Fontenay-le-Comte le Dr Cyril COUILLARD. Cette réunion s'est déroulée le 20 mai 2019 en 3 temps :

1. **Retour de l'expérience Fontenaysienne** par le Pr Rémy SENAND et le Dr Cyril COUILLARD avec le témoignage d'une interne ayant été affectée à ce stage : Erika MARTIN-BERTRAND. Le projet a été créé initialement en mai 2017, à l'initiative de Romain CROUE dans le cadre d'un projet pédagogique et professionnel. Un seul interne est affecté dans ce stage : Romain CROUE. Le semestre suivant, les 4 internes affectés au SAU de Fontenay-le-Comte effectuent un roulement au sein de cette structure sur le même modèle, puis 2 internes SASPAS sont affectés de façon exclusive à la structure les semestres suivants. Le recrutement des patients s'effectue initialement par l'IAO du SAU qui adresse les patients ne nécessitant pas de soin urgent en consultation sans rendez-vous. Après 5 semestres, des consultations sur rendez-vous sont mises en place dans le cadre du suivi des pathologies chroniques avec un délai de rendez-vous de l'ordre de 3 semaines. Les soins non programmés occupent au final un quart des créneaux de consultation. L'activité globale représentant entre 16 et 20 consultations par jour (moins de 10 initialement). La patientèle est plutôt jeune et plutôt issue d'un milieu social défavorisé. L'interne Erika MARTIN-BERTRAND met en avant l'autonomie et la sécurité avec la disponibilité, proximité des urgentistes. En revanche, elle regrette l'absence d'apprentissage de la médecine libérale : gestion des stocks, comptabilité, logiciel métier.

2. **Le 2ème temps s'est axé sur la définition du projet pédagogique** au sein du CHD de La Roche-sur-Yon dans ce contexte de besoin de terrain de stage en SASPAS et de risque de saturation du SAU du CHD de La Roche-sur-Yon. Afin de compléter l'apprentissage de l'interne en médecine générale, le choix s'est porté sur un stage couplé avec un/des cabinets de médecine de ville. Le but serait de créer un modèle de stage exploitable et généralisable auprès d'autres hôpitaux de la région

3. **La dernière partie de la réunion a porté sur les aspects techniques** : choix du logiciel qui s'est porté dans un premier temps sur le logiciel Medical Objects © également utilisé par le CHD ; ajout d'un temps secrétariat soutenu par la direction de l'établissement, définition des modalités de facturation des actes par l'établissement lors de l'admission, définition de l'organisation de l'agenda.

A l'issue de cette réunion, des objectifs ont été fixés :

- Etudier les modalités organisationnelles à définir avec l'aide du Dr FRADIN, ses collègues et la direction,
- Etudier les possibilités d'articulation des stages couplés sur le territoire vendéen avec l'aide du SIMGO,
- Faire le lien avec les autres sites hospitaliers du département,
- Date d'échéance pour une mise en route du stage à compter du semestre d'hiver 2019.

Phase de conception - Juin 2019

Le 14 juin 2019 s'est tenue une nouvelle réunion avec les différents partenaires cités précédemment représentés par le Dr Philippe FRADIN (chef de service du SAU CHD), le Dr Mathieu GOICHON (PH SAU CHD), le Dr Jérôme FREY (PH SAU CHD), Daniel TRICOIRE (cadre supérieur CHD), le Dr Romain BOSSIS (URML, AGUMY, MSU) et Edouard STAVAUX (SIMGO) Il a été question de :

- Préciser le **lieu des consultations** avec définition de la disponibilité : local comprenant 2 cabinets de consultations, une salle d'attente et un bureau d'accueil dédié au CAPS (nuit et week-end) et à la PASS (temps partiel jeudi matin et mardi matin). Local vacant 8 demi-journées par semaine.
- **Définir le recrutement des patients** par le biais de 3 canaux d'orientation principaux :
    - Le centre 15 en journée pour des besoins de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence vitale,
    - Le service des urgences du CHD pour des patients se présentant spontanément dans le service également pour des besoins de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence vitale,
    - Les structures médicales, médico-sociales locales, qui souhaitent réorienter des besoins de soins programmés afin de débuter un « suivi médecin traitant ».

- **Définir l'activité prévisionnelle** : mode de consultation sur rendez-vous uniquement, 10 actes par demi-journées, 20 actes maximum par journée complète afin de garantir l'aspect pédagogique, sur une amplitude horaire de 14h-19h en demi-journée, et 9h-19h en journée complète, objectif de soins non programmés 1/4 à 1/3 des consultations.
- **Définir l'encadrement pédagogique** : organisation du temps quotidien d'échange avec le MSU portant sur les consultations de la journée de 19h à 20h (sous la forme d'un échange physique ou à distance). MSU joignable si besoin sur la plage horaire des consultations. Médecin sénior urgentiste également joignable si besoin et à proximité immédiate (au bout du couloir).
- **Définir la structuration du stage pour l'interne** : afin d'enrichir la formation pédagogique, choix d'un stage couplé à d'autres cabinets de médecine générale organisée selon 2 jours par semaine de présence dans les autres cabinets de médecine générale et 1 jour par semaine affecté aux consultations du CHD. Initialement projection de 4 internes affectés au sein de 4 binômes de MSU avec une présence quotidienne (uniquement en demi-journée le mardi et jeudi) afin de faciliter la continuité des soins (gestion des congés).
- **Définir le parcours du patient** : admission du patient par le biais du secrétariat ou du bureau des admissions situé sur le même étage, admission par le service des urgences pour les patients orientés par le biais de ce service, accueil physique par la secrétaire dans le bureau d'accueil, orientation en salle d'attente, l'interne venant à la rencontre du patient pour l'amener dans un des deux cabinets de consultations prévus à cet effet.
- **Définir le temps de secrétariat** : nécessité d'un mi-temps de secrétariat pour assurer accueil du patient, admission administrative, prise de rendez-vous, gestion de l'agenda, réponse téléphonique, gestion de la facturation, numérisation des documents et des résultats d'examens complémentaires.
- **Définir les modalités de la facturation des actes** : cotation des actes par la secrétaire selon la grille de cotation des actes de médecine générale conventionné secteur 1 à savoir C +/- CCAM +/- ATU (lorsque le patient est orienté par le SAU). L'objectif étant l'autofinancement du temps secrétariat et des consommables.
- **Définir la gestion du matériel d'examen, des consommables** : gestion de l'approvisionnement par un aide-soignant du SAU comme c'était déjà le cas pour la maison médicale de garde et les consultations PASS mais augmentation du volume d'activité prise en compte. Projection de l'achat d'un ECG dédié avec dans l'attente prêt par le SAU en cas de besoin. La question des médicaments est abordée. Il est conclu que les internes ne disposeront pas de dotation de médicaments mais qu'ils pourront faire appel à la dotation du SAU en cas de besoin.
- **Définir la gestion du matériel informatique** : le poste informatique, ainsi que l'imprimante et le téléphone sont déjà à disposition dans le local. L'admission administrative et la cotation des actes sont réalisées sur l'environnement PASTEL déjà installé sur le poste informatique. Les

questions d'un logiciel métier spécifique à la médecine générale, d'un service de messagerie sécurisé accessible aux laboratoires externes ainsi que la prévision d'un temps de formation au logiciel sont abordées. Dans un premier temps il est décidé d'utiliser le logiciel de l'hôpital Médical Object ©.

- **Définir les règles d'hygiène** : la désinfection du matériel d'examen est assurée par l'interne avec les produits mis à disposition. L'entretien des sols et surfaces est délégué à une société externe de nettoyage, en l'occurrence la société ONET puis ATALIANE.

A l'issue de cette réunion, le projet doit être présenté à la direction du CHD, en prenant en compte des données médico-économiques en vue d'obtenir une validation administrative. Il en est de même auprès du DMG de l'université de Nantes, du SIMGO et des MSU concernés.

Phase de consolidation - Septembre 2019

Le 11 septembre 2019 s'est déroulé une troisième réunion autour des différents acteurs représentés par Francis SAINT-HUBERT (Directeur général du CHD Vendée), Daniel TRICOIRE (Cadre supérieure pôle des urgences, post-urgence), le Dr Philippe FRADIN (chef de service des urgences du CHD), Bernard LACOUR (DRH du CHD), Anabelle PILLENIERE (Responsable gestion administrative patient CHD), le Dr Romain BOSSIS (URML, AGUMY, MSU), le Dr Elodie COSSET (MSU, URML, CGELAV). Le directeur général du CHD Vendée, M. Francis SAINT-HUBERT a confirmé son soutien au projet.

- **Définition de la date de lancement** : 1er novembre 2019.
- Précisions apportées sur **la structuration du stage** : initialement 2 internes SASPAS sont affectés, avec projet d'extension dans un second temps.
- **Validation de l'agenda du local** : consultations le mardi et le jeudi après-midi ainsi que le mercredi en journée complète, ceci dans un premier temps, avec possibilité d'extension dans un second temps. Partage du local avec la Maison Médicale de Garde le soir de 20h à minuit, les week-ends ainsi qu'avec les consultations PASS ayant lieu les mardis et jeudis matin.
- **Précisions sur la supervision par MSU** : assurée par le Dr Phillipe COLLEN pour les consultations du mardi et jeudi après-midi, et par le Dr Abdou FOUNINI pour les consultations du mercredi.

- **Définition d'une signalétique** pour guider le patient avec choix d'une signalétique commune : « Maison Médicale de Garde » et « Consultations de Médecine Générale ».
- **Précisions apportées sur le recrutement des patients** : en cas d'affluence trop importante priorisation des patients provenant de l'Agglomération Yonnaise n'ayant pas de MT. L'Agglomération Yonnaise correspond également au secteur de garde concerné par la Maison Médicale de Garde de La-Roche-sur-Yon comprenant 13 communes : La-Roche-sur-Yon, Aubigny, Les Clouzeaux, La Chaize-le-Vicomte, Dompierre-sur-Yon, La Ferrière, Fougeré, Landeronde, Mouilleron-le-Captif, Nesmy, Rives de l'Yon, Le Tablier, Thorigny, Venansault. L'agglomération Yonnaise représente un bassin de population d'environ 97 000 habitants.
- **Validation de l'activité prévisionnelle** telle que prévue lors de la précédente réunion.
- **Validation de l'encadrement pédagogique** tel que prévu lors de la précédente réunion.
- **Précisions techniques apportées sur la ligne téléphonique** externe et interne du secrétariat.

Objectifs fixés à l'issue de cette réunion :

- Validation de la fiche de projet du CHD.
- Recrutement d'une secrétaire par le CHD.
- Réflexion sur les logiciels métiers adaptés à la médecine générale pour étudier les possibilités futures.

Phase de finalisation – Octobre 2019

Le 15 et le 16 octobre 2019 se sont tenues deux réunions afin de finaliser le projet.

Lors de la réunion du 15 octobre, autour des différents acteurs représentés, Daniel TRICOIRE (Cadre supérieure pôle des urgences, post-urgence), Mme Céline MAZEREAU (Cadre secrétariat CHD), Sébastien TOUSSAINT (Service informatique CHD), le Dr Romain BOSSIS (URML, AGUMY, MSU), il a été question des points suivants :

- **Définition de la fiche de poste du secrétariat et de son agenda**
- **Validation du parcours du patient**
- **Validation de la signalétique** pour orienter le patient à son arrivée au CHD
- **Validation du logiciel métier** et en définir les paramètres d'accès : présentation d'un modèle d'observation médicale, conception des ordonnances pour les prescriptions médicamenteuses et d'examens complémentaires, établissement d'un agenda partagé entre la secrétaire et les internes. Définition des limitations d'accès, absence d'accès à certains logiciels type DicT (logiciel de

dictée vocale nécessitant un matériel adapté), et le logiciel ResUrgences (logiciel métier du SAU car non adapté au fonctionnement du service). Mise en évidence d'un point important de vigilance, la confidentialité de l'accès au dossier patient notamment la protection des données pour des patients faisant partie du personnel du CHD par exemple.

- **Organisation de la formation des internes au logiciel métier :** décision d'une formation commune avec celle de tout affecté au CHD, avec nécessité d'inviter les internes SASPAS à la journée d'accueil organisée par le CHD à chaque début de semestre.
- **Création d'un modèle d'observation médicale adaptée avec les paramètres suivants :**
    - Antécédents
    - Mode de vie
    - Motif de consultation
    - Anamnèse
    - Examen clinique
    - Poids / taille / PC / TA systolique et diastolique / FC / FR / T° / Sat02
    - Conclusions
    - Dépistages et vaccins

Lors de la réunion du 16 octobre, autour des différents acteurs représentés, Daniel TRICOIRE (Cadre supérieure pôle des urgences, post-urgence), le Dr Philippe FRADIN (chef de service des urgences du CHD), le Dr Philippe FEIGEL (Président de la CME du CHD, GHT Vendée, Médecin DIM), le Dr Mathieu GOICHON (Urgentiste CHD Vendée), le Dr Romain BOSSIS (URML, AGUMY, MSU), il a été question des points suivants :

- **Validation de la structuration du stage SASPAS :**
    - Validation d'un stage couplé : 2 jours par semaine en cabinet de médecine générale classique avec « détachement » d'un jour par semaine au CHD,
    - Etablissement d'une convention tripartite : CHD et plus spécifiquement pôle urgences, CHU de Nantes et DMG,
    - Lancement prévu pour le 12 novembre 2019,
    - 2 internes initialement avec augmentation dans un second temps.
- **Validation du recrutement des patients :**
- **Validation du nombre limite maximal d'acte à 20 actes par journée complète, 10 par demi-journée**
- **Validation de la cotation des actes** C +/- actes CCAM +/- ATU

- **Validation du choix des MSU** Dr COLLEN et Dr FOUNINI avec modalités de débriefing définies comme tel, MSU joignables par téléphones et débriefing hebdomadaire sur place, possibilité d'une aide ponctuelle sur place par le MAO du SAU à proximité géographique immédiate.
- **Définition des responsabilités pour la lecture des résultats d'examens complémentaires :**
    - Prescription sous le numéro du SAU du CHD et copie des résultats d'examen à adresser_au MSU pour double lecture. Lecture des résultats biologiques et d'examens complémentaires assurée par l'interne sur son temps de travail. En cas d'absence de l'interne, un médecin urgentiste (affecté au circuit court) regarde quotidienne les éventuels résultats biologiques et organise la prise en charge urgente en cas de nécessité.

Objectifs définis à l'issue de ces réunions :

- Signature de la convention tripartite CHD, CHU, DMG,
- Organisation de la formation des internes au logiciel métier du CHD,
- Partage de l'information à l'ensemble des acteurs impliqués notamment aux soignants du SAU, et personnels de régulation du Centre 15 ou 116 117,
- Organisation d'une intervention technique pour ouverture d'une ligne téléphonique dédiée au secrétariat et ouverture de la porte d'entrée sécurisée.

V. Structuration du stage

Les consultations se déroulent sur des créneaux de 30 min afin d'assurer l'objectif pédagogique et de prendre connaissance des dossiers médicaux des patients pouvant être non connus de la structure, ou ayant un dossier médical ou une problématique médico-sociale complexe. L'agenda des consultations a évolué au fil du temps en fonction du nombre d'interne qui a augmenté de façon croissante.

Initialement, le terrain de stage comprenait un binôme d'internes SASPAS avec un emploi du temps organisé comme ceci : un interne réalise les consultations le mardi de 14h à 17h et le jeudi de 14h à 17h, l'autre interne réalise les consultations le mercredi de 9h-12h30 et de 14h à 17h.

En 2023, le service comprend 5 internes, réalisant chacun une journée de consultation de 9h15 à 13h et de 14h15 à 17h.

Dans la maquette du stage SASPAS, l'interne doit effectuer 3 journées de consultations et 1 journée de formation théorique. Les internes sont donc affectés sur les 2 journées restantes au sein d'autres terrains de stage SASPAS dans des cabinets de médecine générale de ville.

VI. Locaux & signalétique

Les premières consultations ont pu être mises en place le 12 novembre 2019. Elles se sont déroulées dans les anciens locaux de la PASS, qui se trouvent également être ceux occupés par la Maison Médicale de Garde sur les créneaux du soir, week-ends, et jours fériés assurant la permanence des soins ambulatoires sur le secteur de La Roche-sur-Yon.

Une signalétique, par différents panneaux d'affichage à l'entrée du bâtiment, a été mise en place pour guider le patient. Des interventions techniques réalisées par le service technique du CHD a permis la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée, avec interphone dédié.

Une communication au grand public a été faite via la presse locale, par un article publié dans le Journal du Pays Yonnais en 2020. Un reportage a également été réalisé et diffusé sur le JT de 20h de France 2 ainsi que sur Europe 1.

VII. Matériel et système d'information

Tout le matériel nécessaire aux consultations est fourni par le CHD. Il s'agit du mobilier comprenant la table d'examen, les outils d'examen (tensiomètre portatif électronique, tensiomètre manuel, oxymètre de pouls, ECG, otoscope, matériel de suture, pince tire tique -liste non exhaustive-), les consommables (draps d'examen, papier d'impression, -liste non exhaustive-), le matériel informatique ainsi que le logiciel métier. Cette liste a évolué au cours du temps à la demande des internes et des médecins de garde du secteur, avec par exemple l'ajout de l'ECG, du tensiomètre électronique et du matériel de suture, acquis au fur et à mesure par le CHD. La gestion des stocks de matériel médical est effectuée par l'intendante du service des urgences du CHD.

Le choix initial a été fait d'utiliser le logiciel informatique du CHD à savoir Medical Object © afin d'accéder de façon plus aisée au Dossier Patient Informatisé des patients suivis et/ou hospitalisés au CHD. Ce logiciel est utilisé également pour noter les observations médicales au travers d'un formulaire dédié créé expressément pour ces consultations. Les prescriptions sont également réalisées sur ce logiciel sous la supervision du chef de service des urgences de La Roche-sur-Yon.

L'accès à ce logiciel et à la base de données des dossiers patients a été source de débat avant d'être accordé afin de garantir une meilleure coordination ville-hôpital. Pour s'adapter au mieux à la pratique future des internes en médecine générale, il a été décidé en juin 2021 de choisir un logiciel métier pluriprofessionnel adapté à la pratique de la médecine générale, il s'agit du logiciel WEDA©.

VIII. Procédure d'orientation des patients et de prise en charge

Les patients sont recrutés par le biais de différents canaux :

- Le service des urgences du CHD de La-Roche-sur-Yon pour des patients évalués par l'IAO ne relevant pas de soins urgents. Après validation par le MAO, l'IAO appelle le secrétariat pour obtenir un rendez-vous selon la disponibilité et le degré d'urgence de la demande de soins. A noter qu'à la différence de Fontenay-le-Comte, il n'y a pas de plage horaire sans rendez-vous. Les autres services hospitaliers peuvent aussi adresser des patients.
- Les structures sociales et médico-sociales : exemple des patients précaires bénéficiant d'une protection sociale mais n'ayant pas de médecin généraliste traitant. En effet ces patients ont des difficultés d'accès aux soins après l'arrêt du suivi par la PASS.
- Les cabinets locaux de médecine générale ou autre structure de soins primaires : pour des patients n'ayant pas de médecin traitant et qui ne peuvent pas être suivis par les médecins locaux.
- Les patients sans médecin traitant ayant eu connaissance du projet.
- Le centre 15 ou 116 117 : pour des appels spontanés de patients sans MT ne nécessitant pas de soins urgents ; les médecins régulateurs ont reçu la consigne d'orienter une partie de ces appels.
- Les patients suivis par des médecins spécialistes du CHD mais n'ayant pas de MT
- Les patients ayant déjà consulté au sein de ces consultations SASPAS, patients reconvoqués ou consultations de suivi à l'initiative de l'interne ou des patients eux-mêmes.

En dehors des patients adressés par le SAU, ou les services sociaux, les patients eux-mêmes prennent contact avec le secrétariat qui leur propose un rendez-vous dans des délais adaptés à leur besoin. En cas de doute sur la nécessité d'une consultation rapide, la secrétaire transmet l'appel ou demande avis à l'interne afin de hiérarchiser les demandes de soins.

La prise de rendez-vous par le patient a été vraiment favorisée en rendant impossible l'accès direct sans rendez-vous s'inspirant du modèle régulé des consultations réalisées par la Maison Médicale de Garde afin de responsabiliser le patient et d'éviter les rendez-vous non honorés.

IX. Secrétariat

A la différence des consultations réalisées à Fontenay-le-Comte, l'accueil physique et téléphonique des patients et les diverses formalités administratives sont assurés par une secrétaire du CHD affectée spécifiquement à ce poste : Mme Catherine NOGUEIRA, présente sur toute l'amplitude horaire des consultations. Elle réalise diverses missions (cf. fiche de poste en ANNEXE 1) :

- Accueillir les patients (sur place et par téléphone) et assurer leur admission administrative
- Rediriger les patients si nécessaire pour raison uniquement administrative. Exemple des patients n'ayant pas de protection sociale relevant de la PASS. Pas de mission de

priorisation de soins, cette mission est assurée par l'interne, ou en cas d'absence par le médecin du CNSP ou le MAO

- Créer les dossiers patients dans le logiciel métier,
- Assurer la gestion des stocks administratifs,
- Récupérer, numériser et orienter les résultats d'examens complémentaires : notamment en cas d'absence de l'interne, les présenter au MAO puis avec la création du CNSP au médecin de ce centre afin d'assurer la continuité des soins
- Transmettre le planning des médecins du CNSP aux services concernés
- Assurer la facturation des actes

X. Questionnaire

Pour notre étude, nous avons choisi de recueillir des données totalement anonymes sans élément médical saisies par la secrétaire Mme NOGUEIRA ou ses remplaçants en cas d'absence.

Le recueil de données prend la forme d'un questionnaire crée sur la plateforme Google Forms © (cf. ANNEXE 4).

Nous avons pris le parti de choisir un questionnaire volontairement court afin d'éviter les recueils incomplets et réduire la perturbation des autres missions du secrétariat, au risque de manquer de précision. Celui-ci est saisi au moment de l'appel de la prise de rendez-vous. Le patient est libre de ne pas répondre aux questions.

Il est demandé à la secrétaire d'inscrire :

- Le sexe du patient,
- L'âge du patient en année,
- La résidence actuelle : les communes de La Roche-sur-Yon et de la couronne Yonnaise sont référencées, il existe une zone de texte libre pour les patients ne provenant pas de cette zone,
- La présence ou non d'un médecin traitant déclaré,
- Le mode d'orientation en laissant la possibilité d'insérer du texte libre,
- La catégorie de motif de consultation. Il n'est absolument pas demandé de recueillir le motif réel de consultation afin de respecter le secret médical,
- Le délai théorique d'obtention d'un rendez-vous. En effet lors de chaque appel de prise de rdv, la secrétaire prend en compte la première place disponible pour cette question et non le rendez-vous réel programmé afin d'éliminer le biais lié au souhait du patient.

Les données recueillies sont extraites de Google Forms © puis compilées, mises en perspectives sur Microsoft Excel © par l'investigateur. Pour les questions avec une possibilité de texte libre, les données sont ensuite classées par l'investigateur à posteriori.

XI. Procédure de gestion des résultats d'examens complémentaires

Les résultats d'examens complémentaires radiologiques sont quasi exclusivement lus en rendez-vous avec le patient. Lorsqu'ils sont effectués au CHD et que l'alliance thérapeutique est satisfaisante, les internes ayant accès aux dates de rendez-vous des patients et aux résultats peuvent également en prendre connaissance dès réalisation de ceux-ci et rappeler le patient au besoin.

Au sujet des résultats des examens biologiques, n'ayant pas de messagerie sécurisée dédiée, ils sont acheminés par fax, voie postale voire par téléphone si besoin au secrétariat des urgences. Chaque jour, le MAO des urgences prend connaissance des résultats et s'assure de l'absence d'urgence vitale. En cas d'urgence vitale, il convoque le patient en urgence. En dehors de ce cadre, les internes se les répartissent chaque jour

Le choix de cette organisation s'explique par le fait que les consultations ne sont ouvertes que sur 3 jours par semaine, ne permettant pas d'assurer un suivi des patients de façon sécurisée s'ils étaient gérés uniquement par les consultations SASPAS.

XII. Modèle économique

Le coût des consultations SASPAS (en dehors des consultations spécifiques) représente le coût d'une consultation de ville standard soit par exemple une cotation simple est cotée GS au tarif de 25€. En cas d'orientation par les urgences, le forfait ATU (montant variable) s'applique en complément de la cotation GS. Les majorations potentielles des actes type CCAM comme un acte d'ECG ou réalisation d'un frottis cervico-utérin sont prises en compte également comme un cabinet de médecine générale de ville. En revanche, les patients n'avancent pas les frais de la consultation comme toute facturation hospitalière, réalisation d'un tiers payant intégral AMO et AMC.

La facturation est gérée par la secrétaire médicale. Le bénéfice des consultations est attribué au SAU du CHD de La Roche-sur-Yon. Les internes sont rémunérés de façon similaire aux autres terrains de stage par le CHU de Nantes. Les différents MSU sont indemnisés pour leurs missions pédagogiques par l'Université de Nantes, mais ne perçoivent pas les honoraires des consultations comme c'est habituellement le cas dans le cadre d'un terrain de stage SASPAS classique.

Question de recherche

Quelle est l'activité des consultations SASPAS du CHD de La Roche-sur-Yon ? Ce dispositif peut-il apporter une offre de soins supplémentaires aux habitants du territoire et renforcer les liens ville-hôpital, tout en répondant aux exigences pédagogiques du stage SASPAS ?

Résultats

Les premières consultations ont pu être mises en place mi-novembre 2019.

XIII. Activité du service

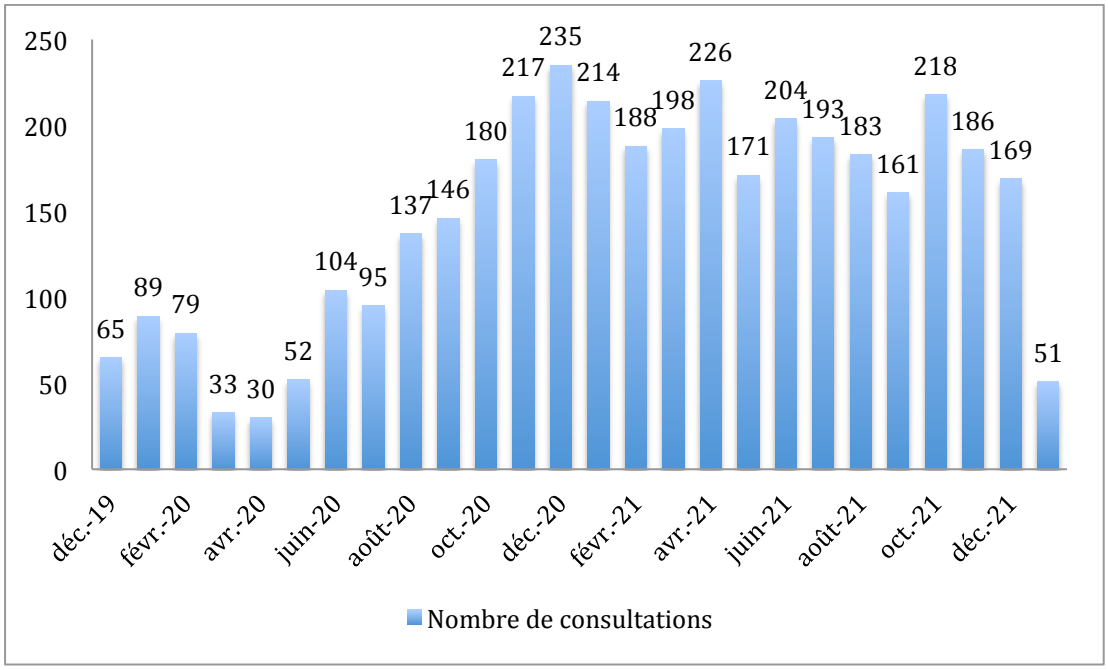


Figure 8 – Evolution de l'activité des « consultations SASPAS » de Décembre 2019 à Janvier 2022

Sur la période de décembre 2019 à janvier 2022, on dénombre un **total de 3824 consultations**. Sur ces 37 mois, la moyenne est de 147 consultations par mois avec une activité minimale en avril 2020 à 30 consultations seulement. Cette observation a plusieurs explications : la première étant la période du premier confinement liée à l'épidémie de COVID-19 (du 17 mars au 11 mai 2020). Cette observation s'inscrit donc dans une situation généralisée à l'échelon national où les consultations de médecine générale ont connu une forte baisse amenant le gouvernement à créer un dispositif de compensation de perte d'activité pour les médecins libéraux. La deuxième raison à cette baisse se trouve dans la jeunesse de la structure qui n'était pas encore bien connue des patients ainsi que des professionnels de santé. Ce dispositif expérimental était dimensionné comme tel lors du semestre d'hiver 2019-2020 à savoir des consultations réalisées par 2 internes couvrant 4 demi-journées par semaine. Cette offre s'est par la suite étoffée avec passage d'une ouverture de 4 à 6 demi-journées en novembre 2020 puis passage à 5 internes en novembre 2021 en couvrant l'ensemble de la semaine et expliquant la hausse d'activité constatée par la suite.

Le pic de consultation se situe en décembre 2020, avec un nombre de 235 consultations sur ce mois d'hiver. On peut trouver une similitude avec les pics de consultations hivernaux constatés dans les cabinets de médecine générale "traditionnels". Sur ce mois de décembre 2020, on comptabilise 22 jours ouvrés soit une moyenne de 10,7 consultations par jour.

A noter une baisse constatée en janvier 2022 à 51 consultations ce mois-ci. Ceci est purement en lien avec le recueil de données qui s'est achevé le 10 janvier 2022. Si l'on devait faire une projection avec la moyenne des consultations réalisées du 1er au 10 janvier 2022, on obtiendrait un chiffre supérieur à 200 consultations soit tout à fait cohérent avec le reste des valeurs.

Si l'on s'intéresse au nombre médian mensuel de consultations, on obtient 170 consultations par mois. Ce qui gomme les écarts extrêmes notamment les faibles valeurs du 1er semestre, le recueil partiel de janvier 2022 et reflète donc mieux l'activité du service.

XIV. Profil de la patientèle

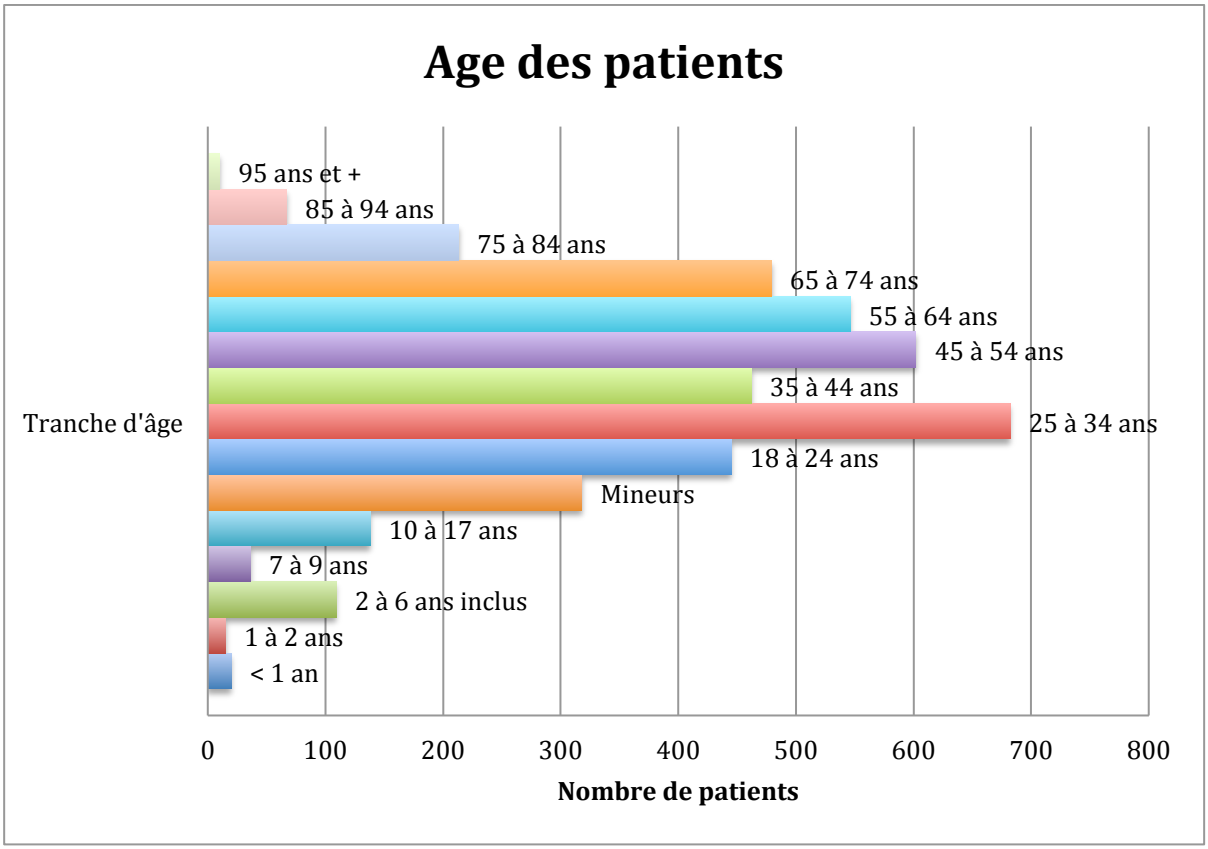


Figure 9 - Répartition des patients selon l'âge

Globalement, le profil type des patients qui consultent dans le service est plutôt un patient adulte de moins de 65 ans, comme en témoigne la moyenne d'âge qui s'établi à 44,3 ans ainsi que **l'âge médian de 45 ans**. La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 25-34 ans.

Les enfants sont assez peu représentés : seulement 8% des consultations concernent des patients mineurs.

Malgré cela, les consultations ont concerné un public assez varié allant du nourrisson de moins de 1 an jusqu'à 99 ans. Si la majorité des consultations concerne des patients jeunes, les séniors (ici plus de 65 ans) représentent tout de même 20% des consultations.

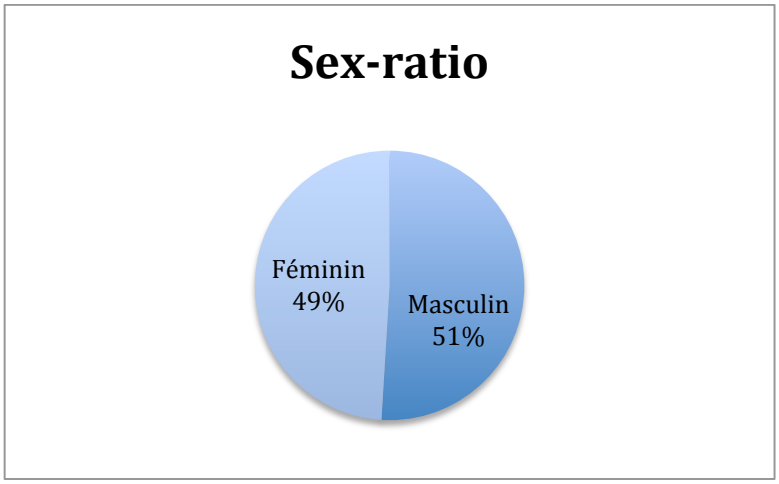


Figure 10 - Sex-ratio des patients consultant aux « consultations SASPAS »

On ne note pas de différence significative entre les patients pris en charge en fonction de leur genre. On dénombre 1949 consultations concernant des patients de sexe masculin et 1875 consultations concernant des patients de sexe féminin. La sex-ratio est donc équilibré avec un taux de patients de sexe féminin de 49% et de sexe masculin de 51%.

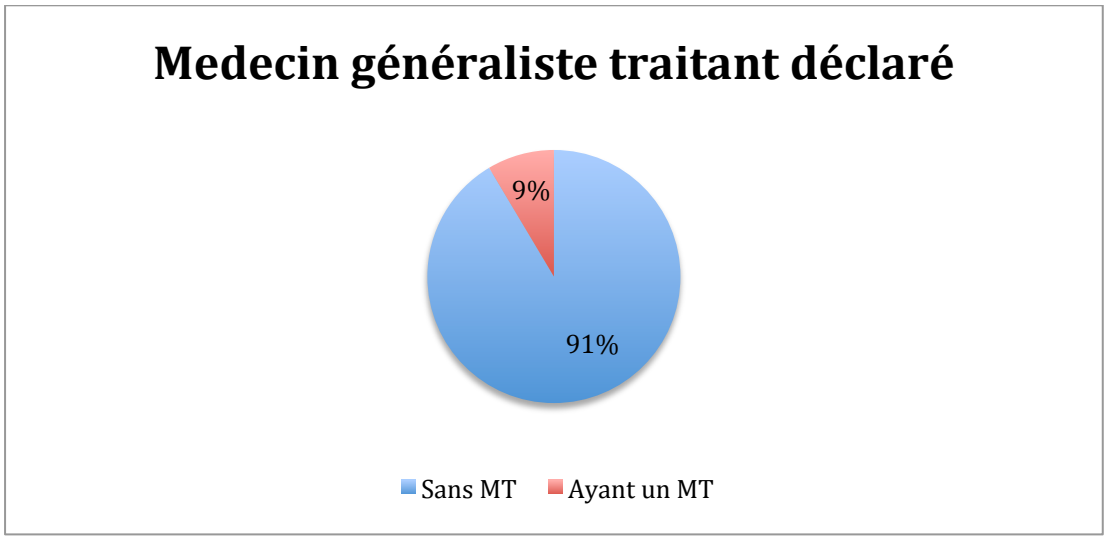


Figure 11 - Pourcentage de patients ayant ou pas de médecin traitant déclaré

Pour 91% des consultations les patients ont déclaré ne pas avoir de médecin généraliste traitant ce qui correspond bien à la patientèle cible du dispositif expérimental. Pour 327 consultations soit 9%, les patients ont déclaré avoir un médecin traitant.

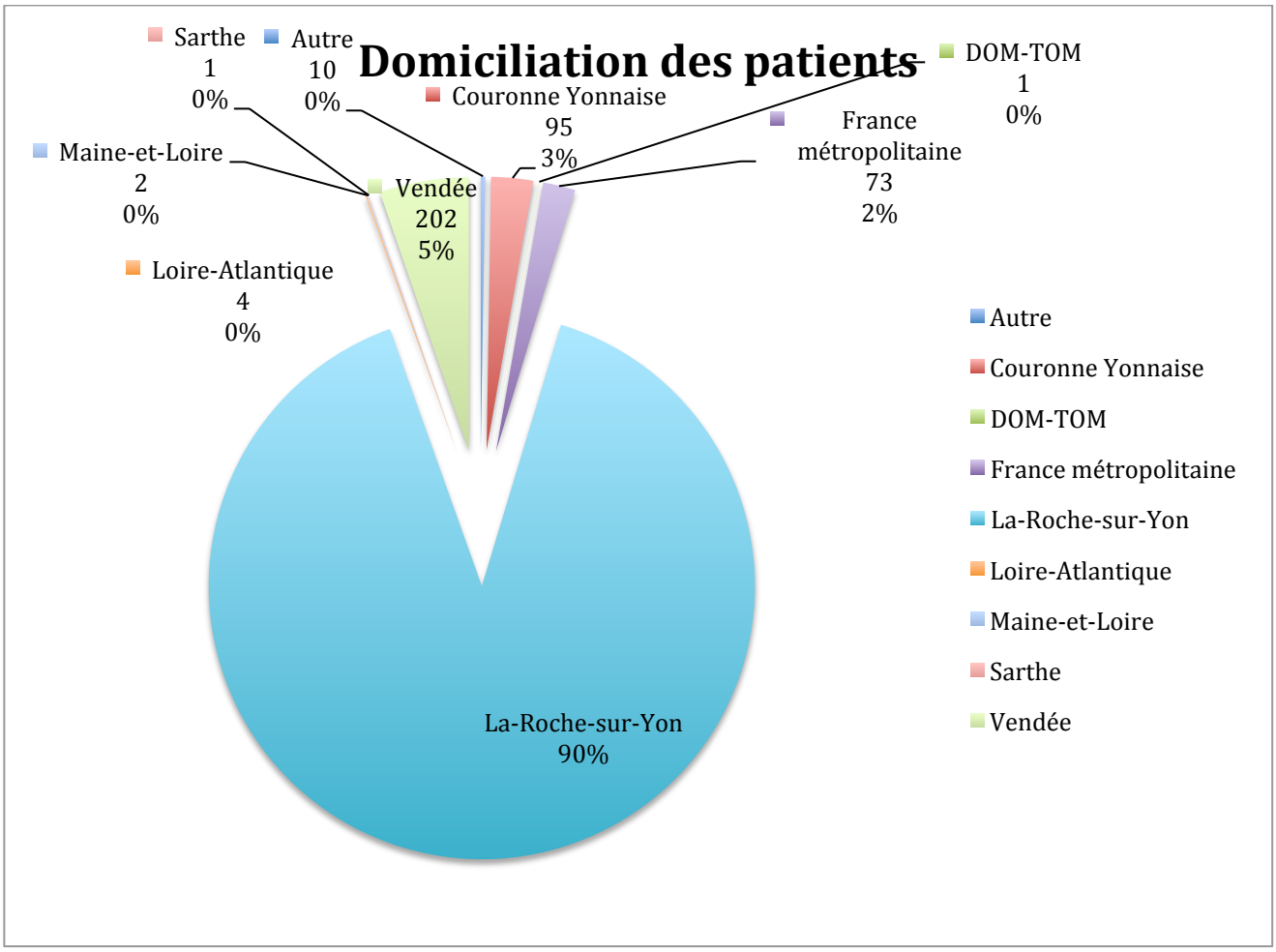


Figure 12 - Provenance des patients consultant aux « consultations SASPAS »

Les patients proviennent en grande majorité (90% soit 3436 consultations) de La Roche-sur-Yon. Cela concerne des patients qui y vivent de façon permanente, mais également des personnes qui y résident de façon temporaire comme des étudiants, des personnes en déplacement professionnel. Les patients proviennent quasi exclusivement de la Vendée (pour 98% des consultations).

Pour 10 consultations classées dans « Autre », 5 concernent des patients SDF, 1 patient est originaire du Sri Lanka, 1 patient est originaire d'Allemagne, 1 patient est originaire des Emirats Arabes Unis, 1 patient est originaire du Monténégro, et 1 patient est originaire des Pays-Bas.

La « couronne yonnaise » paraît peu représentée dans ces consultations. En effet seulement 3% des consultations concernent des patients résidant dans les communes de l'Agglomération Yonnaise à l'exclusion de La Roche-sur-Yon.

XV. Type de consultations

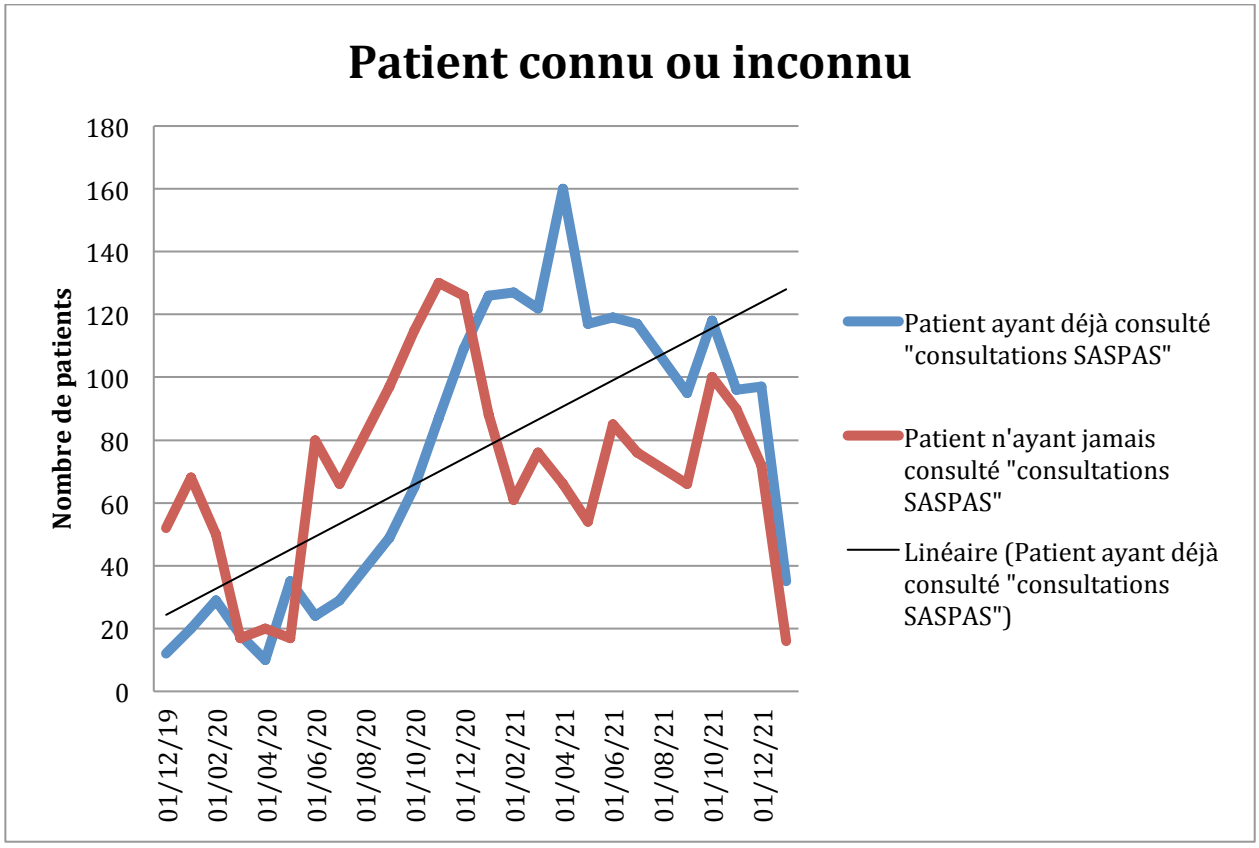


Figure 13 - Evolution du nombre de patients connus et inconnus de décembre 2019 à janvier 2022

Ci-dessus, nous observons deux courbes l'une bleue symbolisant le nombre de consultations concernant des patients ayant déjà consulté aux « consultations SASPAS », que l'on va nommer « patients connus » ; l'autre courbe, en rouge symbolisant les consultations concernant des patients n'ayant jamais consulté aux « consultations SASPAS », que l'on va nommer « patients inconnus ».

Nous constatons sur les premiers mois une franche majorité de « patients inconnus », en lien avec la jeunesse de la structure. A partir du 3ème mois les courbes s'égalisent voire s'inversent avec une très discrète majorité de « patients connus ». Ceci, pour un petit échantillon de patient. En effet, comme nous l'avons vu plus haut il s'agissait de la période du 1er confinement. Passé cette période, le nombre de consultations de « patients inconnus » reprend la majorité jusqu'en janvier 2021 où les courbes se croisent de nouveau et l'on constate une pérennisation du dispositif avec un **taux de « patients connus » majoritaire de façon durable, comme en témoigne la courbe de tendance linéaire des « patients connus » qui ne fait que croître au fil du temps.** La chute finale des deux courbes sur le mois de janvier 2022 est une nouvelle fois due à l'arrêt du recueil au dix janvier 2022.

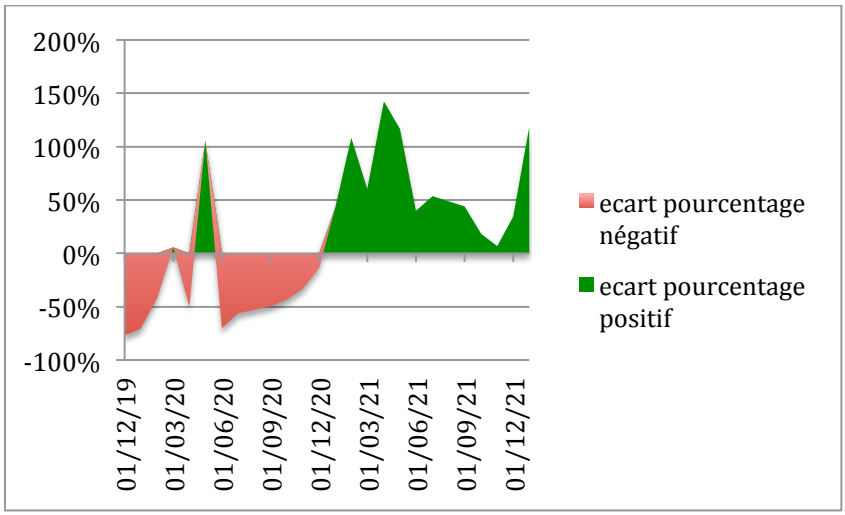


Figure 14 Ecart en pourcentage des patients connus vs patients inconnus au fil du temps

Si l'on regarde les écarts en terme de pourcentage, plus intéressant qu'en valeur absolue du fait de la grande variabilité de l'activité sur la période concernée, on observe de nouveau ce pic en mars 2020, ainsi que cette tendance positive à partir de janvier 2021.

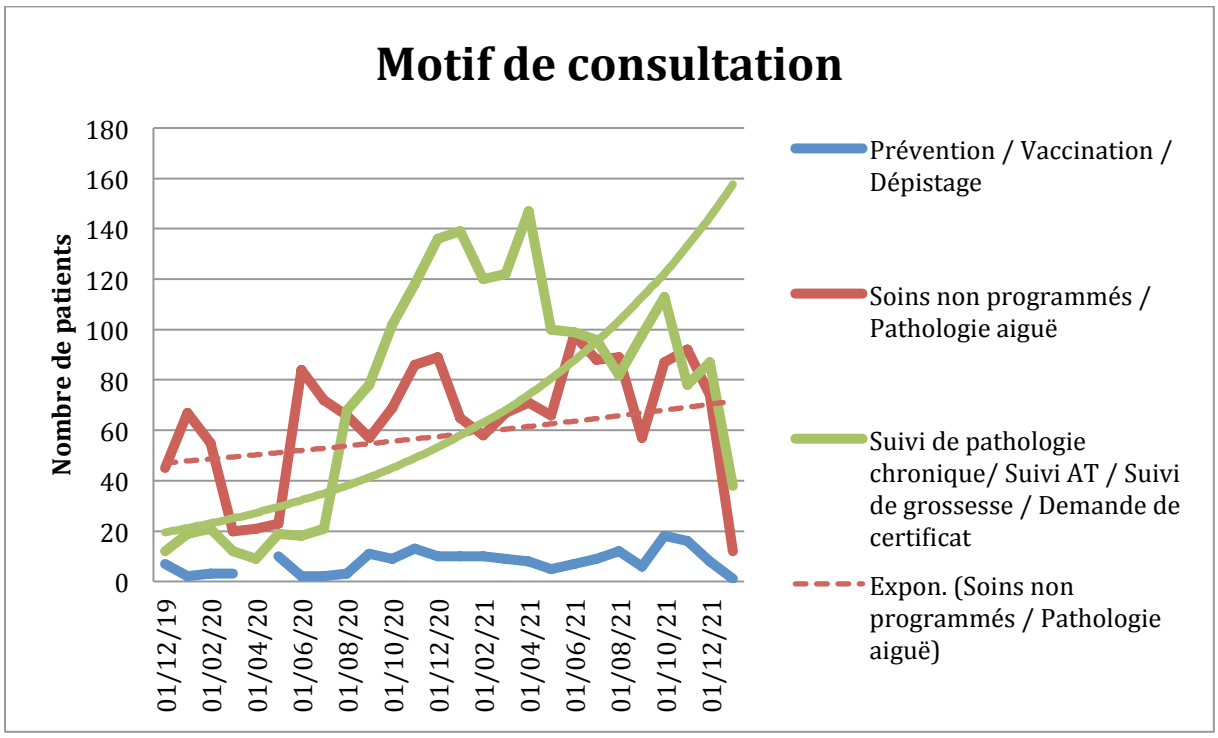


Figure 15 Catégorie motif des consultations

Nous avons décidé de classer les différents motifs de consultation en 3 catégories :

1. Consultations de prévention, dépistage, vaccination ;
2. Consultations de soins non programmés, pathologie aigüe, rédaction de certificat coups et blessures :
3. Consultations de suivi pour pathologie chronique, accident du travail, grossesse, rédaction de certificat hors certificat de coups et blessures.

Sur le graphique, **nous observons sur les 8 premiers mois, une majorité de consultations concernant des soins non programmés, puis les courbes se croisent et nous mettons en évidence une montée en puissance des consultations de suivi**. Celle-ci se produit de façon exponentielle comme en témoigne la courbe exponentielle alors que les soins non programmés augmentent très faiblement voire se stabilisent au cours du temps. Malgré cela, les courbes se rapprochent sur le dernier semestre 2021 avec même un croisement en Aout 2021. On peut émettre l'hypothèse d'une augmentation des soins non programmés durant la période estivale du fait de la proximité géographique avec la côte vendéenne prisée des touristes.

La courbe exponentielle des soins non programmés rencontre une hausse très modeste au fil du temps, qui contraste avec la courbe exponentielle des consultations de suivi, qui elle connaît une franche augmentation.

Les consultations de prévention, vaccination, dépistage concernent une faible part des motifs initiaux de consultations, correspondant à 5% des consultations totales. **On observe une absence de consultation de prévention en avril 2020, correspondant à la période du 1er confinement. Celui-ci ayant bouleversé considérablement les consultations de médecine générale.**

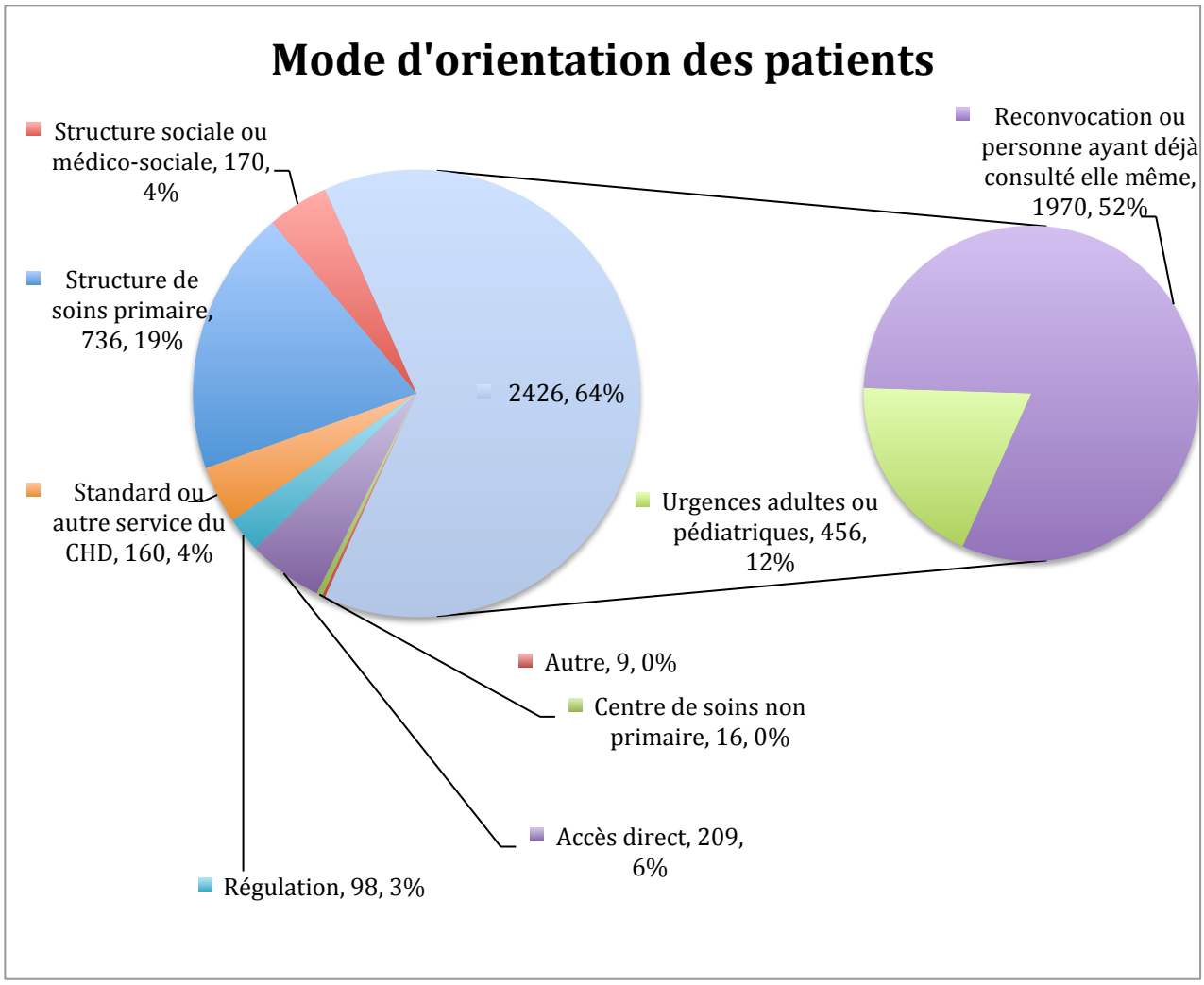


Figure 16 - Mode d'orientation des patients

Les patients ont été classés en fonction de leur parcours précédant la consultation selon 9 modes d'orientation :

- Patients convoqués ou ayant déjà eu une consultation dans ce dispositif,
- Patients orientés par le service d'accueil des urgences du CHD : SAU adultes ou pédiatriques,
- Structure de soins primaires de type cabinet de médecine générale, PMI, IDE scolaire, autre praticien libéral, pharmacie primaire cabinet MG, PMI,
- Accès direct par des patients ayant eu connaissance du dispositif,
- Structure sociale ou médico-sociale dont CCAS, MDPH, CSAPA, association PASSERELLE,
- Service du CHD hors SAU : standard du CHD, consultations PASS, autre service,
- Régulation : centre 15 ou 116 117,
- Structure de soins de 2nd recours : clinique, CMP, hôpital autre que CHD (CHS),
- Autre concernant des patients inclassables pour diverses raisons.

Nous observons que 52 % des consultations concernent des patients ayant déjà consulté aux « consultations SASPAS ».

Si l'on écarte ces patients, le principal mode d'orientation des patients est l'adressage par une structure de soins primaire pour 19% des consultations.

Puis viennent les SAU où les IAO adressent pour 12% des consultations. On obtient avec ces 3 parcours 83% du nombre total des consultations.

Pour les 17% restants, 6% des consultations sont issues de patients ayant eu connaissance du dispositif, 4% sont adressés par les structures sociales ou médico-sociales, 4% également par le standard du CHD ou autre service du CHD, 3% le sont par la régulation.

XVI. Disponibilité des consultations SASPAS

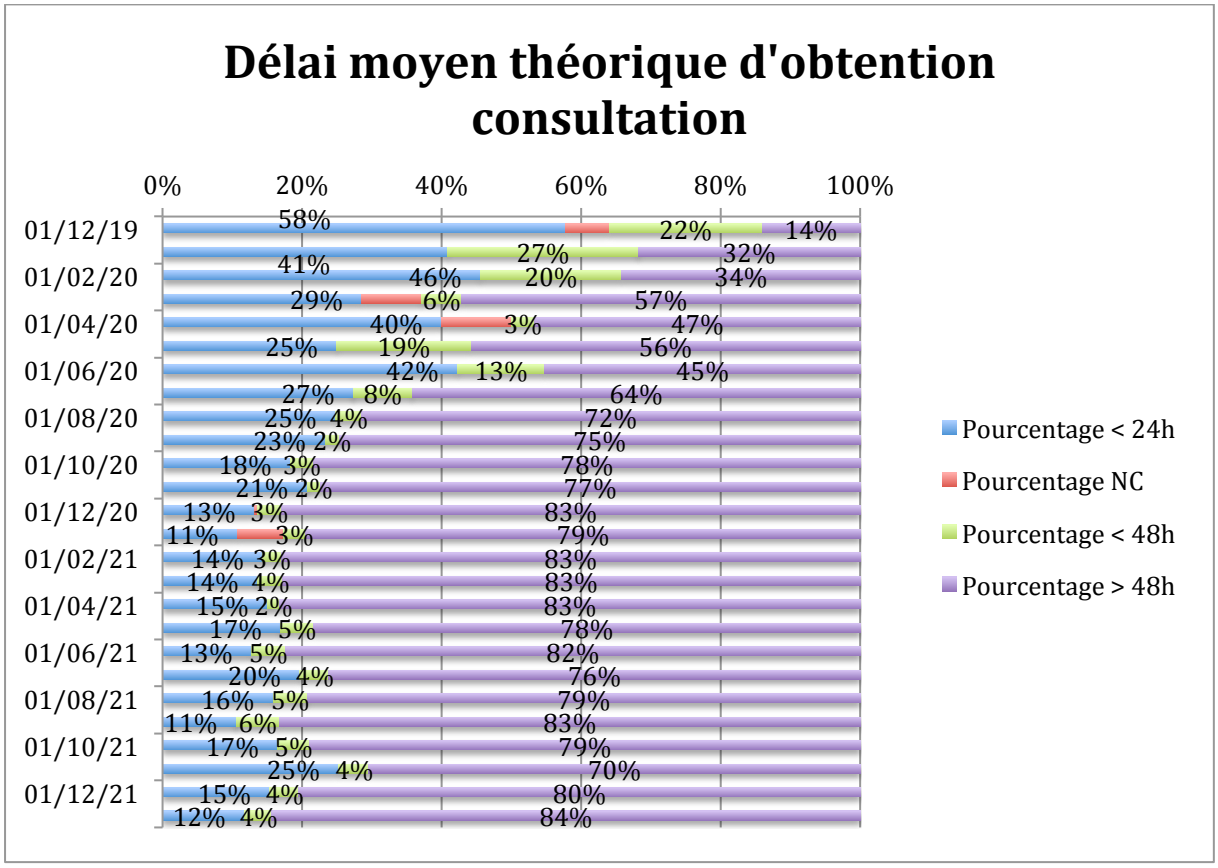


Figure 17 - Disponibilité : Délai moyen théorique d'obtention d'un rendez-vous en consultation SASPAS

Pour apprécier la disponibilité des consultations « SASPAS », nous avons choisi de définir un délai théorique d'obtention de rendez-vous. Ce paramètre cherche à répondre à la question : quel que soit le motif, en théorie, dans quel délai le plus rapide, pouvons-nous recevoir un patient ?

Sur le premier semestre, le délai moyen théorique d'obtention d'un rendez-vous en consultation SASPAS est inférieur à 48h pour plus de la moitié des demandes de rendez-vous et même pour 8 demandes de soins sur 10 lors du premier mois. Sur ce premier mois, les consultations SASPAS pouvaient en théorie recevoir 8 patients sur 10 dans les moins de 24h.

Après le premier semestre, le pourcentage de délai de moins de 48h d'obtention d'un rendez-vous descend progressivement pour se stabiliser à partir d'Aout 2020 à environ 1 demande sur 5 jusqu'à la fin du recueil de données.

Nous constatons également sur cette période que pour plus d'1 demande de soins sur 10, les consultations SASPAS ont pu recevoir les patients en moins de 24h. Cette proportion est relativement stable au cours du temps.

Conclusion & discussion

I. Conclusion

A propos du profil de la patientèle, les consultations SASPAS répondent à un besoin de soins concernant un public varié en terme d'âge. En effet tous les âges sont représentés y compris les extrêmes (nouveau-né et personne de plus de 90 ans). Les patients jeunes sont surreprésentés par rapport aux consultations d'un cabinet de médecine générale classique, comme en témoigne le vieillissement de la population française noté en première partie.

Les consultations s'adressent aux hommes et aux femmes à part égale comme en témoigne le sex-ratio équilibré.

A propos du recrutement des patients : 52% des consultations concernent des patients déjà connus et 19% des patients sont orientés par des structures externes de soins primaires. Les urgences n'arrivent qu'en 3ème position, ce qui démontre que le dispositif se distingue vraiment de ce service. La régulation, le standard ou autre service du CHD n'adressent que 7% des consultations. Les structures sociales et médico-sociales adressent pour 4% des consultations totales, ce qui est important si on compare avec des cabinets de médecine générale classiques. Cela montre que les consultations « SASPAS » répondent notamment au besoin de soins des plus précaires.

En conclusion, les consultations « SASPAS » fonctionnent vraiment avec un recrutement tourné vers la ville tout en gardant un lien privilégié bien sûr avec l'hôpital. Le lien ville-hôpital prend ici tout son sens.

Les soins pratiqués dans les consultations SASPAS sont également variés, associant des soins non programmés, du suivi de pathologie chronique, de grossesse, suivi pédiatrique, et également des consultations de prévention et de dépistage. Nous constatons qu'au fil du temps, les consultations de suivi prennent une place prépondérante et les soins non programmés ont tendance à avoir une part stable au fil du temps.

Nous avons vu que les consultations « SASPAS » reflétaient bien le panel de consultations que l'interne est amené à voir à l'occasion des stages de médecine générale dans des cabinets plus classiques. En terme de sécurité, l'activité des consultations SASPAS ne dépasse pas les exigences pédagogiques, comme en témoigne l'activité maximale en décembre 2020 avec une moyenne de 10,7 consultations par jour. La disponibilité mise en évidence par le délai théorique d'obtention d'un rendez-vous permet également de penser que l'interne peut se former et exercer en toute sécurité. L'objectif pédagogique de cette structure semble être satisfait, comme peut en témoigner la pérennité de la structure permise par le

DMG de Nantes. En effet durant les deux années consécutives de suivi, ce dispositif a fait l'objet d'une surveillance étroite du DMG mais n'a jamais été interrompu.

La disponibilité des consultations SASPAS semble être satisfaisante et reste stable au cours du temps si l'on met de côté le 1er semestre où la structure n'était pas encore connue. En effet pour une demande de soins sur cinq, la consultation peut être envisagée en moins de 48h. Les consultations SASPAS ne sont donc pas saturées, permettant de répondre même après 2 ans d'expérimentations à des demandes de soins en moins de 24h, ce qui permet d'assurer la sécurité des internes et des patients.

Pour le délai théorique d'obtention d'un rendez-vous, nous aurions pu affiner cette appréciation en la regroupant au type de demande de soins : pathologie aiguë, suivi de pathologie chronique, consultation de prévention etc… Malheureusement nous manquons de données pour cela.

II. Discussion

Forces de l'étude

L'intérêt principal de cette étude est le recueil de données sur 2 années consécutives ayant permis d'avoir un recul suffisant sur le fonctionnement de la structure. Cela a permis également de s'affranchir des biais conjoncturels potentiels. Sur ce point, le virus COVID-19 apparu en 2020 a bousculé l'ensemble des structures de soins à l'échelon national, les consultations « SASPAS » n'en font pas exception. Durant cette période, l'activité des cabinets médicaux a fortement diminué du fait des confinements notamment. Le type d'activité a également été modifié, la demande de suivi de pathologies chroniques ou les consultations de prévention ont par exemple fortement chuté à cette période, au profit de soins plutôt tournés vers des pathologies aiguës dont la COVID-19.

Les changements conjoncturels propres à la structure ont aussi pu être gommés, notamment le nombre d'interne passé progressivement de 2 à 5, le nombre de journées d'activité passé de 4 demi-journées réparties sur 3 jours, à des consultations se déroulant du lundi au vendredi.

Limites et biais de l'étude

Le biais le plus important est un biais de sélection, en effet les patients ne souhaitant pas répondre aux questions, les éventuels oublis de saisie du secrétariat notamment en cas de remplacement n'ont pas été comptabilisés. En revanche, nous n'avons pas eu de questionnaire inexploitable ou incomplet. Il aurait pu être intéressant de croiser les données recueillies avec les données de facturation du CHD afin de quantifier ce phénomène.

Le questionnaire volontairement simple entraine des biais de confusion par manque de précision. Il pourrait s'avérer intéressant de développer certains critères, par exemple pourquoi des patients avec MT consultent dans ce dispositif ?

Concernant la sécurité des internes, nous ne pouvons pas conclure de façon formelle, car l'étude s'intéresse uniquement à la disponibilité des « consultations SASPAS » ainsi qu'à la pérennité de la structure. Il serait intéressant d'avoir le vécu des internes, des MSU et du DMG de Nantes pour valider ce paramètre. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

L'utilisation de questions fermées avec possibilité d'introduction de texte libre a permis d'éviter de recueillir des données inclassables ou erronées. En revanche, le classement a posteriori par l'investigateur a pu générer des biais de classement. Ceux-ci peuvent porter les critères ci-dessous :

- La provenance des patients notamment pour les patients en transit, certains ont pu être classés comme vivant à La Roche-sur-Yon alors qu'ils sont originaires d'une autre région. De plus, certains patients SDF classés dans « Autre » vivent exclusivement à La Roche-sur-Yon.
- La notion de Médecin Traitant déclaré : cette information est basée sur les dires du patient et n'a pas été vérifiée auprès des différentes caisses d'assurance maladie. Elle a donc pu être biaisée, notamment pour les patients de passage dans la région. Par ailleurs, la déclaration « administrative » n'est pas forcément synonyme de suivi médical régulier en cas de départ récent du médecin déclaré par exemple.
- La notion de délai théorique d'obtention du rendez-vous : ce critère a pu engendrer une confusion pour les différentes personnes affectées au secrétariat notamment en cas de remplacement ponctuel de Mme NOGUEIRA.
- Le mode d'orientation : pour ce paramètre, le risque de biais de classement est nul car les catégories ont été créées à posteriori.
- Le motif de consultation : notamment pour les consultations de prévention et de dépistage, dont certaines ont pu être classées comme consultation de suivi, ce qui pourrait expliquer en partie le faible nombre de ce motif. De plus, les internes réalisent des actes de dépistage et de prévention tout au long des consultations, quel que soit le motif, y compris lors des consultations de soins non programmés (même si plus rare). Ceci n'apparaît pas dans ces statistiques. Cela pourrait être intéressant d'y consacrer un travail.

III. Quelques éléments de discussions supplémentaires

A propos des patients ayant un médecin traitant, on peut légitimement se poser la question de pourquoi consultent-ils aux consultations SASPAS ? Voici quelques éléments de réponse : ils ont un MT dans la région d'origine mais sont en transit en Vendée (étudiants, touristes, séjour pour raison professionnel par exemple). De plus, d'après les échanges avec les protagonistes, nous avons constaté une minorité (non quantifiée) de patients qui avaient recours au dispositif car le délai d'obtention de rendez-vous était plus court qu'avec leur MT ou bien qu'ils se retrouvaient au CHD pour diverses raisons. On note également quelques « erreurs » de tri de l'IAO du SAU.

Nous n'avons malheureusement pas de chiffre pour étayer cela et il semblerait que cela ait été de moins en moins constaté au fil du temps sans pouvoir le documenter précisément.

Les consultations « SASPAS » ne permettent pas d'acquérir certaines compétences qui peuvent être vues dans un cabinet classique de médecine générale, comme la gestion administrative, comptable, et celle des stocks d'un cabinet de médecine générale libéral. Cependant, ce type de compétences - si non acquises - ne présentent pas de risque pour le futur patient. De plus, cela concerne uniquement l'exercice futur libéral et non l'exercice hospitalier ou salarié. Actuellement, comme expliqué dans les notions préliminaires, nous assistons à un développement de l'exercice salarié. Les consultations « SASPAS » du CHD représentent donc un choix intéressant pour tout interne de médecine générale qui aurait un attrait pour l'exercice hospitalier ou salarié, mais demeure pertinent y compris pour un interne souhaitant exercer en libéral puisqu'il s'agit d'un stage couplé avec des cabinets de médecine générale plus classiques.

Ce type de stage s'intègre également parfaitement dans le cadre de la stratégie de gestion des soins non programmés de la CPTS Centre Vendée. En matière d'offre de soins, en janvier 2022 a été inauguré le centre de soins non programmés dans un bureau adjacent aux consultations SASPAS avec un roulement de médecins vacataires couvrant tous les jours de la semaine sur un créneau de 14 à 18h.

Enfin, nous pouvons extrapoler à partir de toutes les données recueillies durant 2 années consécutives qu'il faut environ une année pour qu'une structure de ce type trouve et fidélise sa patientèle.

Cette information peut être utile pour les nouveaux centres qui ont succédé à ce dispositif. En effet le modèle des consultations « SASPAS » du CHD de La Roche-sur-Yon s'est exporté à d'autres villes comme à Challans et les consultations SASPAS de Fontenay-le-Comte ont changé leur mode de fonctionnement pour se rapprocher du modèle présenté ici.

L'ARS, nouvel acteur dans ce dispositif, s'est engagée à l'automne 2022 dans la convention signée entre les CH locaux, le DMG et le CHU de Nantes.

Les CPTS locales participent également financièrement dans ces dispositifs. Cela a permis l'intégration d'une Infirmière en Pratique Avancée sur le site de Challans et d'une assistante médicale sur

le site de Fontenay-le-Comte. Cela permet en outre aux internes d'expérimenter ces nouveaux dispositifs. Par exemple à Challans, les consultations d'accès aux soins s'organisent comme tel : le patient sans MT peut bénéficier d'un adressage par des structures de soins primaires (exemples : pharmacie ou cabinets médicaux) via une fiche d'admission respectant des critères d'inclusion (patient >16 ans en ALD ou patient > 70 ans ALD ou non). La première consultation est réalisée par l'IPA, elle recueille les antécédents, allergie, traitements éventuels, réalise le premier examen clinique, et prescrit les examens complémentaires notamment biologie si nécessaire. Une à deux semaines plus tard, le patient est revu en consultation par l'interne SASPAS pour réévaluation, lecture éventuelle des résultats d'examens complémentaires. Les consultations de suivis suivantes sont réalisées par l'IPA ou l'interne SASPAS selon le niveau de complexité. S'il s'agit d'une réévaluation de traitement a priori non complexe, le secrétariat donne un rendez-vous avec l'IPA. S'il s'agit d'une réévaluation de traitement complexe ou qu'il existe une problématique médicale, le secrétariat adresse le patient en consultation avec l'interne SASPAS.

A propos des prescriptions médicales, les MSU devenant salariés du CH local ont désormais leurs identifiants intégrés aux ordonnances qui émanent de ces 3 sites. Pour rappel, auparavant, celles-ci étaient rédigées sous la responsabilité du chef de service du SAU.

Concernant l'activité du site de La Roche-sur-Yon, la file active comprend en mai 2023 environ 1500 patients et connaît une hausse de la demande de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/arrete_du_12_avril_2017_portant_organisation_du_tr/

2. Stage internat niveau 1 [Internet]. CGELAV - Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/devenir-msu/les-stages-en-mg/internat-niveau-1/

3. Organisation du système de santé - Sénat [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl18-404.html

4. CP CNGE : Une solution aux problèmes démographiques pour les patients répondant aux besoins de formation des étudiants : la 4e année du DES de médecine générale dans les territoires- Juin 2019 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_une_solution_aux_problemes_demographiques_/

5. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://circulaire.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483

6. Référentiels métiers et compétences [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/referentiels_metiers_et_competences/

7. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

8. Les familles de situation [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/congres/congres_annuels_du_cnge_archives_2012_2015/congres_clermont_2013/les_familles_de_situation/

9. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université de Paris [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences

10. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

11. CGELAV. Réglementation locale du SASPAS [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://www.cgelav.fr/documentation/l%C3%A9gislation/

12. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004. :4.

13. Vuillemenot C, Blanchard L. Évaluation d'une méthode de recrutement de maîtres de stage universitaires en Loire Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2018.

14. Costanza S. Efficacité d'une méthode de recrutement de nouveaux maitres de stage universitaires par mail groupé et comparaison à une méthode par appel téléphonique et déplacement [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.

15. Le « patient-expert » devient-il un nouvel acteur clé de notre système de Santé ? [Internet]. ManagerSante.com®. 2018 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://managersante.com/2018/09/28/le-patient-expert-nouvel-acteur-du-systeme-de-sante/

16. Synthèse HAS Relation médecin-patient 10/2013 [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

17. Article 65 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913246

18. Accord-cadre interprofessionnel [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/textes-reference/accord-cadre-interprofessionnel/accord-cadre-interprofessionnel

19. Cartographie des CPTS [Internet]. FCPTS. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-des-cpts/

20. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

21. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler

22. Etudes et résultats DREES - Les emplois du temps des médecins généralistes mars 2012 [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf

23. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins

24. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/

25. Vendée : une croissance démographique soutenue - Insee Flash Pays de la Loire - 60 [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539679

26. chiffres-cles-tourisme-vendee-2019.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://www.vendee-expansion.fr/publications/documents/chiffres-cles-tourisme/chiffres-cles-tourisme-vendee-2019.pdf

27. Commission paritaire locale des médecin du CPAM janvier 2019. 2019.

28. PISSTER : 200 indicateurs sur l'état de santé et l'offre de soins [Internet]. 2021 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/pisster-200-indicateurs-sur-etat-de-sante-et-offre-de-soins

29. ORS. 2020 Profil santé CPTS Centre Vendee [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/publications/profil-sante-2020-cpts-centre-vendee

30. Carte médecin traitant - Assurance maladie 2019 [Internet]. 2019 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees

31. Les établissements de santé - Panoramas de la DREES Edition 2020 [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/es2020.pdf

32. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-passages-aux-urgences-de-1990-1998-une-demande-croissante-de

33. Fiche 26 - La médecine d'urgence .pdf [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2026%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence%20.pdf

34. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.

35. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

36. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. Les Tribunes de la santé. 2013;39(2):87‑95.

37. Le système de santé danois [Internet]. [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/danemark.html

38. Régulation des urgences : le Danemark au-delà du « conservatisme » médical [Internet]. Le

Quotidien du Médecin. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/urgences/regulation-des-urgences-le-danemark-au-dela-du-conservatisme-medical

39. Juliette C. Facteurs d'attractivité des territoires vendéens lors de l'installation en Médecine Générale : étude qualitative auprès de Médecins Généralistes installés en Vendée entre 2014 et 2018. Nantes: Université de Nantes; 2020.

40. Schmitt F. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de desertification médicale [Thèse d'exercice]. [2017-2020, France]: Université Clermont Auvergne; 2017.

41. Croué R. Élaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS* [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2018.

42. Viel C. Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale ou « Consultation SASPAS* » rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2019.

43. carte-zonage-pays-de-la-loire-2018-medecin-departement.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-01/carte-zonage-pays-de-la-loire-2018-medecin-departement.pdf

44. Ouest-France. Les patients sans médecin traitant bientôt remboursés sans pénalité [Internet]. Ouest-France.fr. 2020 [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ouest-france.fr/sante/les-patients-sans-medecin-traitant-bientot-rembourses-sans-penalite-6691022

ANNEXES

Annexe 1 - Extrait de la fiche de poste du secrétariat

	Référence :	DESCRIPTIF DE TACHE	Signature de l'approbateur
	Version lettre	Poste de travail : ...	Nom
		Service ...	Cadre du service de...
	Page 1/5		Le Date

PÔLE :
SITE : la Roche sur Yon
SERVICE D'AFFECTATION : consultation médecine générale / consultation soin non programmé
UF(s) : 9203 / 9205

1) **Fiche métier associée** : Secrétaire médicale, code 40L20

2) **Définition du poste de travail** :

Mission générale :
- Accueil téléphonique
- Accueil physique
- Traiter messagerie du service
- Admission logiciel Pastel
- Création dossier logiciel WEDA
- Cotation acte dans MO
- Prise RV + récupération (examens, médicaux...) si nécessaire
- Scannage résultats examens hors CHD dans MO et WEDA
- Appel patients lendemain pour confirmer RV
- Diffusion courrier MO veille + côter patients venus après 17h veille (CSNP 9205)
- Commande LYRECO
- Commande Magasin - Laboratoire
- Commande matériel extérieur (kits dépistage CCR, carnets de vaccination)

Ce secrétariat se situe à la maison médicale de garde

3) **Horaires** :

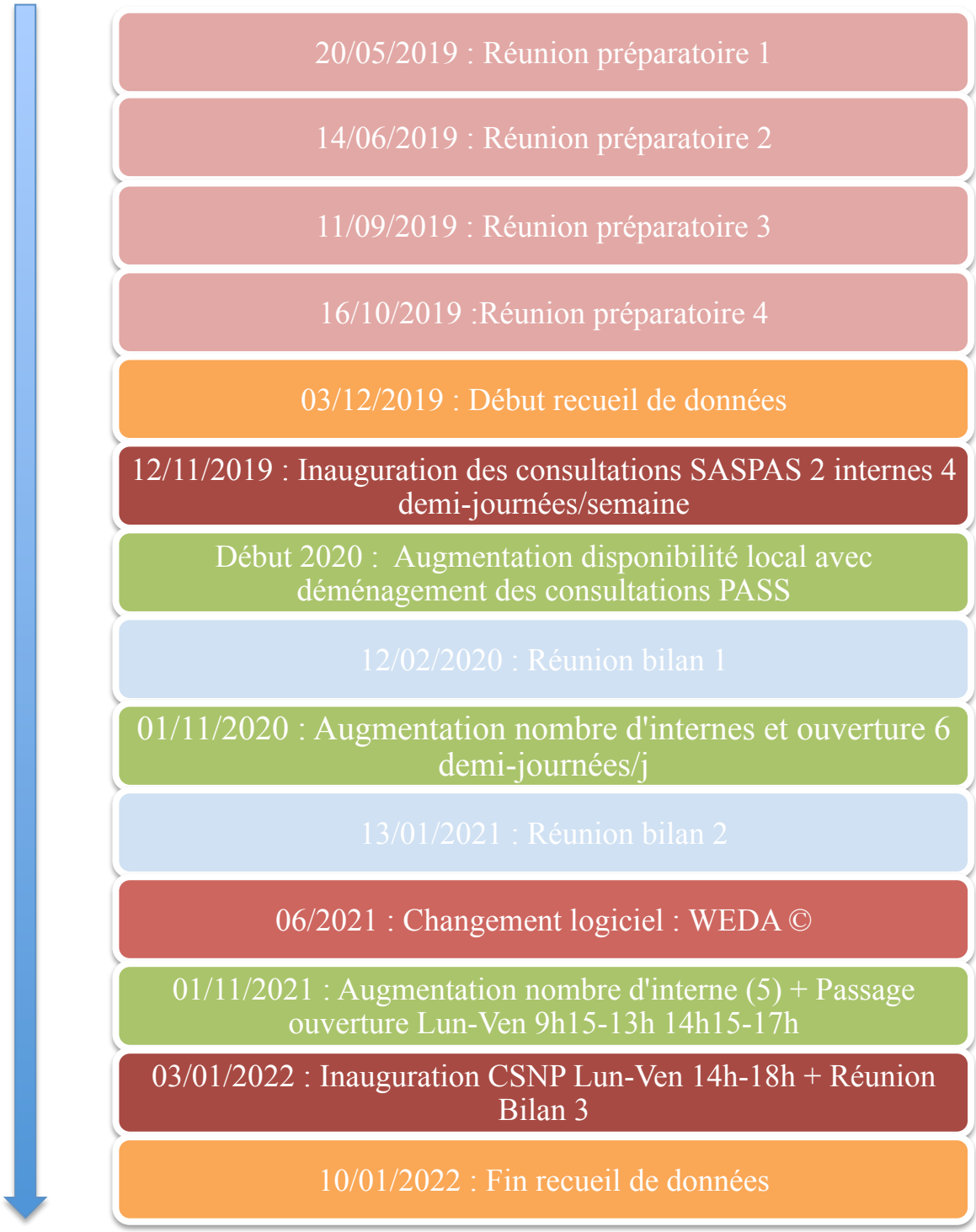
Poste	Code Chronos	Horaires de présence	Durée repas	Durée de Travail effectif
Lundi au vendredi 9h/13 h-13h45/ 17h		Lundi au vendredi 9h/13 h-13h45/ 17h	45 MINUTES	

4) **Planning de travail** :

5) **Détail du poste** :

heures	Activités	Outils associés
9h00/13h00 -	*1)Recupérer clé CAPS* dans le PC des Urgences	

Annexe 2 - Frise chronologique



Annexe 3 – Extrait de la fiche projet du dispositif

FICHE PROJET

Intitulé du projet : consultations de médecine générale dans le cadre d'un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) assurées par des internes de médecine générale de dernière année de DES au sein des locaux du CAPS de La Roche-sur-Yon.

Date	Intitulé – Modifications	Auteur
14/06/2019		Dr Romain BOSSIS

Commanditaire :	Sous-groupe de travail de l'URML "formation médicale initiale et continue" issue de la commission CTS-ARS sur la démographie médicale en Vendée.
Chef de projet :	Dr Romain BOSSIS (médecin généraliste, MSU, groupe de travail URML, AGUMY)
Pilotage :	Dr Philippe FRADIN M. Daniel TRICOIRE
Equipe Projet :	Dr Romain BOSSIS, Dr Jean-Yves DUTEAU, Dr Elise PERRIN, Dr Sandrine HILD, Dr Philippe COLLEN, Dr Elodie COSSET, Dr Philippe FRADIN, Dr Jérôme FREY, Dr Mathieu GOICHON, M. Daniel TRICOIRE, M. Edouard STAVAUX, Mme Marie LEROY
Rédacteur (s) : **(coordonnées tél., mail)**	Romain BOSSIS (romainbossis@gmail.com ; 0642231713) Daniel TRICOIRE

Objectifs stratégiques : (établissement, pôle, service, UF)	- Réponse aux besoins de santé de la population. - Objectif pédagogique : formation des internes de médecine générale sur le territoire. - Potentialisation de l'utilisation des locaux actuels du PASS/CAPS.
Objectifs opérationnels :	Assurer des consultations de médecine générale à destination des patients du pays yonnais et participer à la formation des internes en médecine générale.
Enjeux (en termes d'organisation, de PEC du patient, de gestion des risques, de reco de bonnes pratiques, d'application de règlementation, de performance,etc…)	Le département de la Vendée est actuellement confrontée à une crise démographique médicale sans précédent, notamment en ce qui concerne la médecine de premier recours. Sur le pays yonnais, ce seraient près de 8000 patients qui n'auraient actuellement plus de médecin traitant (source CPAM85) et donc une grande difficulté à assurer leur suivi médical. Dans certains cas, on assiste à des ruptures de suivi qui peuvent avoir des conséquences sanitaires désastreuses. Dans le même temps, les urgences hospitalières voient leur activité exploser, de plus en plus sollicitées par les patients pour des motifs relevant de la médecine générale mais n'ayant pas trouvé de réponse en ville. Les médecins hospitaliers urgentistes régulateurs au 15 le constatent également en journée, mais ont peu de solutions concrètes à proposer aux patients quand leurs demandes ne relèvent pas de l'urgence ou n'ayant pas d'indication à une prise en charge hospitalière. Dans ce contexte, le projet de stage ambulatoire en autonomie pour des internes de dernière année (SASPAS) au sein des locaux du CAPS permettrait de contribuer à la continuité des soins sur le territoire, en complément de la permanence des soins déjà assurée par le CAPS depuis 1 an en lien avec l'AGUMY. Par ailleurs, il permettrait de renforcer la formation des internes sur le secteur et de

CHD VENDEE- YR- DG- V0 07/11/2022 Page 1/4

Annexe 4 – Questionnaire

Consultations de Médecine Générale au CHD de La Roche-sur-Yon

Consultations assurées par des internes en médecine générale de 9ème année, dans le cadre d'un stage SASPAS.

greg330000@gmail.com (non partagé) Changer de compte

*Obligatoire

Sexe *

Sélectionner

Age *

Votre réponse

Domiciliation : *

Carte de l'agglomération de la Roche-sur-Yon (Rives de l'Yon : fusion de Chaillé-sous-les-Ormeaux et Saint-Florent-des-Bois

- Aubigny-les-Clouzeaux
- Dompierre-sur-Yon
- Fougeré
- La Chaize-le-Vicomte
- La Ferrière
- Landeronde
- La Roche-sur-Yon
- Le Tablier
- Mouilleron-sur-le-Captif
- Nesmy
- Rives-de-l'Yon
- Thorigny
- Venansault
- Autre :

Médecin Traitant : *

- Oui
- Non

Mode d'orientation : *

- Reconvocation
- Urgences
- Régulation par le Centre 15
- Cabinet de Médecine Générale
- A déjà consulté au SASPAS
- Autre :

Motif de consultation : *

- Soins non programmés / Pathologie aiguë
- Suivi de pathologie chronique / Renouvellement de traitement
- Prévention / Vaccination / Dépistage
- Suivi de grossesse
- Autre :

Quel est le délai théorique d'obtention du rendez-vous ? *

- Dans la journée
- Moins de 48h
- Plus de 48h
- Autre :

Envoyer

Effacer le formulaire

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Vu, le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Cédric RAT

Vu, le Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Romain BOSSIS

Vu, le Doyen de la Faculté,

Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : PEREZ **PRENOM : Grégory**

Titre : Consultations SASPAS d'accès aux soins en médecine générale :
Etude descriptive de la mise en place d'un dispositif expérimental au CHD Vendée (La Roche-sur-Yon) depuis 2019.

RESUME

Le dispositif expérimental de consultation SASPAS du CHD LRSY tente d'apporter une offre de soins et de renforcer le lien ville-hôpital tout en répondant aux exigences pédagogiques du stage SASPAS.

Son étude descriptive dénombre un total de 3824 consultations sur la période concernée. Le nombre médian est de 170 consultations par mois. On note la présence d'un pic hivernal en décembre 2020 et d'une activité minimale durant le premier confinement en avril 2020 liée à la pandémie de COVID-19.

Les patients qui consultent sont issus de toutes les classes d'âge avec une prédominance de patients adultes jeunes sans différence significative entre les deux sexes. Ils viennent pour 93% de l'agglomération de La Roche-sur-Yon et n'ont pas de médecin généraliste traitant déclaré.

Les consultations de suivi augmentent de façon exponentielle au cours du temps, quand les consultations pour pathologie aiguë connaissent une faible augmentation. Ainsi, ces consultations SASPAS sont plus proches d'un cabinet de médecine générale classique que d'un circuit court de SAU.

En conclusion, les consultations SASPAS d'accès aux soins du CHD Vendée à La Roche-sur-Yon proposent une offre de soins pérenne et utile à la population. Ce stage SASPAS hybride permet à l'interne de médecine générale de se former auprès d'un public varié, avec des situations cliniques lui offrant la possibilité de développer l'ensemble des compétences attendues dans le cadre du DES. La situation à proximité géographique immédiate d'un plateau technique de haut niveau et le stage couplé avec d'autres terrains de stages plus traditionnels en font des atouts certains.

MOTS-CLES

Stage, SASPAS, accès aux soins, Vendée, lien ville-hôpital, Urgences, Médecine générale