

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-20

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Médecine Générale)

par

Romain CROUE

Né le 07 juin 1989 à Fontenay le Comte

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 2018

**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***

Président du Jury : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur BRANTHOMME Emmanuel

Membres du Jury : Monsieur le Docteur COUILLARD Cyril

Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe

Monsieur le Professeur VARTANIAN Cyrille

* Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

REMERCIEMENTS

Au Professeur Rémy Senand

Merci d'avoir soutenu ce projet dès sa conception, d'y avoir tenu un rôle essentiel, de votre disponibilité sans faille, de la qualité de vos enseignements, de votre grande bienveillance, et enfin de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury ;

Soyez assuré de mon éternelle reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur Emmanuel Branthomme

Merci de m'avoir aussi chaleureusement accueilli et accompagné tout au long de ce projet. Merci pour votre patience, pour vos conseils précieux, et pour m'avoir soutenu dans les moments de doute. Merci enfin de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse ;

Soyez assuré de mon éternelle reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur Cyril Couillard

Ce projet ne serait rien sans vous. Merci de m'avoir tendu la main à moi et à tant d'autres internes. Merci pour votre foi en l'avenir. Merci pour votre engagement pour reconstruire collectivement les bases d'un réseau de soins pérenne dans votre territoire. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée. Merci enfin de me faire l'honneur d'être membre de ce jury ;

Soyez assuré de mon éternelle reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur Philippe Le Conte

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur Cyrille Vartanian

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur Laurent Brutus

Merci pour votre accompagnement tout au long de mes études. Merci de m'avoir donné goût à la médecine générale, en stage comme lors de vos enseignements. Merci infiniment pour votre soutien.

Soyez assuré de mon éternelle reconnaissance et de mon profond respect.

A chaque membre du service des Urgences de Fontenay le Comte, merci pour votre accueil, pour votre soutien, pour votre aide si précieuse.

A mes parents, pour votre foi en moi depuis toujours, pour votre soutien lors de chaque coup dur, pour cet amour et cette fierté qui m'aideront toujours à avancer ; **à mon frère**, à notre famille qui vivra éternellement. Je vous aime.

A Elise, ma fiancée chérie. Merci d'être à mes côtés chaque jour, de m'apporter tant d'amour et tant de joie. A notre fils, à notre avenir à tous les trois, à notre foyer. Je t'aime.

A mes amis Julie, Fanch, Mylène, Charles, Morgane, Ronan et Loulou, Simon, Baptiste, Stan, Mehdi..
Merci pour ces super moments passés et à venir !

A Françoise, Olivier, Noémie et Kiki, ma merveilleuse belle famille !

A Dédé, à Jaja, à Thierry, à ma mamie...

SOMMAIRE

I.	Introduction	5
A.	Désertification médicale dans le Sud-Est Vendée	6
i.	Démographie des médecins généralistes en Vendée en 2017	6
1.	A l'échelle du département	6
2.	A l'échelle de Fontenay le Comte	7
ii.	Difficultés pour renouveler l'offre médicale en soins primaires	8
1.	Départs à la retraite non remplacés / peu de nouvelles installations	8
2.	Une répercussion de plus en plus forte sur les Urgences	8
3.	Les facteurs déterminants de l'installation sur un territoire	9
4.	Plans d'action existants	12
a.	A l'échelle de la région	12
b.	A l'échelle du département	13
c.	A l'échelle des collectivités locales	13
B.	Des besoins de santé croissants	14
i.	A l'échelle régionale	14
ii.	A l'échelle départementale et territoriale	15
C.	Etre interne de SASPAS dans le Sud-Est Vendée	15
i.	La maquette d'internat de médecine générale	15
1.	Maquette actuelle	15
2.	Le SASPAS	16
3.	La réforme du DES	19
ii.	Les terrains de SASPAS en Sud-Est Vendée	20
D.	Nécessité d'une alternative aux terrains de stage existants	20
i.	La tentative récente à Mauriac	21
ii.	Nécessité d'aller plus loin en termes de Suivi	22
II.	Matériel et Méthode	23
A.	L'avant-projet	24
i.	Rencontres et discussions	24
ii.	Des enjeux complémentaires	24
1.	En termes de Santé Publique	24
a.	Pour les patients sans médecin traitant...	24
b.	...ou quand l'offre locale ne permet pas d'être vu avec des délais raisonnables	25
2.	Pour le service des Urgences	26
3.	Pour le DMG	27
B.	La construction du stage	27
i.	Création physique du cabinet	27
ii.	Modes d'admission des patients	30
1.	Initialement, adressage par IDE	30
2.	Nécessité et création d'un arbre décisionnel d'orientation	31
3.	Vers une incitation à la prise de rendez-vous systématique	34
iii.	L'aspect financier	35

1.	Le coût du dispositif.....	35
2.	Les types de couverture médicale.....	35
3.	Les modes de facturation des consultations.....	37
iv.	L'information sur le dispositif dans le territoire.....	37
v.	Le travail pédagogique.....	39
1.	Les compétences attendues en médecine générale.....	39
2.	Les supervisions indirectes.....	39
3.	Les Groupes d'Echanges de Pratiques.....	40
C.	Méthode d'évaluation des consultations menées en stage	41
i.	Etude statistique.....	41
ii.	Etude de cas cliniques.....	43
III.	Résultats	45
A.	Mesure de l'activité du cabinet au cours du semestre	46
B.	Description socio démographique de la patientèle du cabinet.....	48
C.	Description des consultations menées selon la classification CIM 10.....	52
D.	Evolution des reconvoications et des consultations de suivi au cours du temps.....	54
E.	Description socio démographique des patients suivis.....	55
F.	Description des consultations de suivi.....	58
G.	Exemples de consultations menées.....	59
IV.	Discussion	64
A.	Les points forts du stage	65
i.	Une offre nouvelle en médecine générale dans le territoire.....	65
ii.	Un atout pédagogique et professionnalisant.....	67
B.	Les limites du stage et les perspectives d'amélioration.....	70
i.	Une réponse partielle aux difficultés d'accès à a médecine générale.....	70
ii.	Un cadre pédagogique à optimiser.....	71
V.	Conclusion	74
VI.	Bibliographie	77
VII.	Table des figures, tableaux, et cartes	83
VIII.	Annexes	86
IX.	Table des abréviations	92

I. INTRODUCTION

I. Introduction

A. Désertification médicale dans le Sud-Est Vendée

i. Démographie des médecins généralistes en Vendée en 2017

1. A l'Echelle du Département (1) ; (2)

Le nombre de médecins libéraux et salariés en activité régulière a doublé en France en 35 ans. Leur nombre a augmenté de 6% en Pays de la Loire entre 2007 et 2015. Les cinq départements de Pays de la Loire connaissent une augmentation. En revanche, le nombre des médecins généralistes baisse (3081 aujourd'hui contre 3237 en 2007). A l'échelle des bassins de vie, les situations sont très hétérogènes, marquant de véritables inégalités territoriales. La Vendée ne fait pas partie des départements les plus touchés dans les 5 ans à venir.

Le pourcentage des généralistes est de 1,52 pour 1000 habitants en France. Actuellement en Vendée on compte 1 médecin pour 1475 habitants.

La Mission Prévention Santé du Conseil Départemental de la Vendée établit une densité médicale « en temps réel » (3) tenant compte du temps de travail effectif. Elle fait état pour 2017 de 0,7 médecin généraliste pour 1000 habitants en moyenne en Vendée.

Dans 36 départements en France, la moyenne d'âge des médecins est supérieure à 55 ans. La Vendée est à 54,29 ans de moyenne. Les villes de Luçon et de Fontenay le Comte risquent de ne pas trouver de successeurs. Les campagnes sont encore plus à risque.

Les médecins généralistes actifs sont ceux qui sont répertoriés comme médecins généralistes, c'est-à-dire qui ne pratiquent pas une spécialité d'organe reconnue : médecins généralistes installés ou exerçant dans les hôpitaux, ou salariés (écoles, administrations). Parmi les installés certains exercent des compétences non reconnues comme spécialité : échographie, ostéopathie, homéopathie, acupuncture, gérontologie, nutrition, etc. Par ailleurs, ils peuvent exercer leur compétence à temps plein ou à temps partiel. En Vendée 76 médecins ont une activité principale différente de la médecine générale.

Environ 400 médecins généralistes sur 519 médecins généralistes répertoriés par le CNOM, ayant une activité régulière font réellement de la médecine générale à temps plein. L'effectif de médecins généralistes installés étant plus proche de 440.

2. A l'échelle de Fontenay le Comte (2)

Dans le Sud-Est Vendée, la diminution des installations aurait commencé dès 1995 et se serait amplifiée depuis. La densité médicale y est très faible, les médecins sont souvent âgés (Luçon, Fontenay le Comte), et même si la population générale n'augmente pas, les difficultés sont grandes. De nombreux patients ne trouvent plus de médecin traitant. Ceci dans des villes comme Luçon, la Châtaigneraie ou Fontenay le Comte aussi bien que dans les campagnes.

L'**arrondissement** de Fontenay le Comte compte 135 944 habitants. On y compte 1 médecin pour 1765 habitants. Il regroupe les cantons de Chaillé les Marais, Fontenay le Comte, L'Hermenault, La Châtaigneraie, Luçon, Maillezais, Pouzauges, Sainte Hermine, et Saint Hilaire des Loges. (cf. Carte Administrative de la Vendée en Annexe).

La population sur le **canton** de Fontenay le Comte a tendance à stagner depuis 5 ans. Elle est actuellement de 22880 habitants. La population est âgée, avec 28,11% de plus de 60 ans. On compte 1 médecin pour 1271 habitants (environ 0,8 pour 1000 habitants) selon les données du CDOM. (0,6 médecins généralistes pour 1000 habitants selon la Mission Prévention Santé du Conseil Départemental (3)).

En Vendée, 41,56% des médecins hors généralistes a entre 55 et 70 ans. 234 ont entre 55 et 70 ans. Leur densité y est faible.

La moyenne d'âge des médecins est de 57 ans dans l'**arrondissement** de Fontenay le Comte, et environ 58 ans dans le **canton** de Fontenay le Comte (4 médecins généralistes y ont plus de 66 ans).

Selon le CDOM, dans les 10 années à venir, le Sud Vendée va aggraver son déficit, comme nombre d'autres territoires à faible densité médicale.

Au sein du Conseil Départemental de la Vendée, on craint également de grosses difficultés en termes d'accès aux soins de premier recours dès 2018-2019. (3)

Selon une étude de la DREES publiée en 2009, le nombre de médecins en activité ne devrait retrouver son niveau actuel qu'en 2030. (4)

ii. Difficultés pour renouveler l'offre médicale en soins primaires

1. Départs à la retraite non remplacés / peu de nouvelles installations (1)

Les médecins généralistes partant à la retraite ne sont pas facilement remplacés. Le constat est national mais n'épargne pas la région Pays de Loire. Ce phénomène concerne certes les zones rurales et péri-urbaines, mais aussi les villes de la région (la Roche sur Yon notamment). On constate même des différences à l'échelle des quartiers des métropoles.

Sur 19625 postes de médecins généralistes ouverts aux ECN entre 2004 et 2010, seuls 5503 ont exercé en libéral (remplaçants ou installés) ; et seulement 10% ont accepté l'installation (soit 550 entre 2004 et 2010). Ce qui fait par département et par an environ 7 à 8 médecins qui s'installent. (2)

2. Une répercussion de plus en plus forte sur les Urgences

Le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique rappelle que la fonction première des structures d'Urgences est d' « accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU », et que « pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique ». (5)

Les services d'urgences en France métropolitaine et dans les DROM ont traité en 2015 20,3 millions de passages (+ 3% par rapport à 2014). L'augmentation est constante (sauf en 2010), de +3,5% en moyenne chaque année (6) Entre 2004 et 2014 en Pays de Loire, cette augmentation était de +3,7% (7).

En 2013, la DREES a mené une étude nationale sur une journée dans tous les services d'Urgence de France. Elle s'est intéressé aux motivations conduisant les patients aux Urgences. 59% des patients de l'étude venaient aux Urgences car ils disaient avoir des difficultés d'accessibilité aux soins. 21% consultaient aux Urgences faute de contact médical en ville. Environ 1/3 des situations cliniques ayant conduit aux urgences datait de plusieurs jours. (8)

Le nombre de consultations relevant de la médecine générale de ville augmente. Certaines études évoquent un encombrement des urgences, compromettant leur mission première : trier, évaluer, et traiter les problèmes médicaux aigus et sévères qui ne peuvent souffrir d'aucun retard dans leur prise en charge (exemple de l'antibiothérapie dans la pneumonie).(9)

Les urgences de Fontenay le Comte font partie des centres de proximité. D'après les données de 2015 de l'ORU, il accueille en moyenne 55 patients par jour, pour un nombre maximal de passages de 77

patients par jour. (7) Il a connu une augmentation de ses consultations annuelles de 1,4% en 2015 et 0,6% en 2016. (10)

Nb. Il n'y a pas de maison médicale de garde sur le territoire de Fontenay le Comte. La récente tentative du CAPS n'a pas perduré, du fait du nombre insuffisant de médecins généralistes pour y assurer les consultations.

3. Les facteurs déterminants de l'installation sur un territoire

L'augmentation du numérus clausus n'a pas augmenté les chances d'avoir un médecin pour remplacer ceux qui partent. Le CROM de la Région Pays de Loire rappelle dans un billet du 15/06/2012 que 80% de la population vit sur 20% du territoire. Augmenter le nombre de médecins fera qu'ils s'installeront (en supposant qu'ils veuillent le faire) là où se trouve la plus forte densité de population. Même dans les régions les mieux dotées, il existe des zones d'arrière-pays en sous densité. La coopération entre le secteur ambulatoire et les secteurs de l'hospitalisation est un point essentiel dans la réflexion sur les « déserts médicaux » et l'accessibilité aux soins. (11)

On met souvent en cause le numérus clausus, qui serait trop restrictif. Il a pourtant été élargi, ce qui se traduit par un doublement du nombre de places ces dix dernières années (7633 places en 2016 contre 3500 en 1993). Il reflète de moins en moins le nombre de praticiens qui exerceront réellement une activité clinique. Une fraction non négligeable des jeunes étudiants terminant leur cursus s'oriente vers la recherche, le développement des nouvelles technologies liées à la santé, ou encore vers des fonctions administratives dans les collectivités territoriales ou les grandes instances sanitaires régionales. D'autre part, les jeunes générations souhaitent mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle et se fixent plus tardivement sur un poste. Il en résulte une moindre activité par praticien. De plus, chaque année, 25% des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre pour exercer d'autres professions extérieures au soin. (1)

La répartition entre spécialités dépend des places disponibles en troisième cycle et des préférences des étudiants. La formation influe sur la répartition géographique des médecins au moment de leur installation (relations professionnelles créées en formation et attachement à une région dans laquelle les étudiants passent en moyenne 10 ans de leur vie). Les jeunes médecins préfèrent habituellement les départements où ils ont été formés durant leurs études.(1)

Dans sa thèse d'exercice, Delphine Groboz-Lecoq a mis en évidence que 55% des internes étudiés souhaitaient exercer dans la région de leur internat (6,67% dans la région de leur externat). (12)

Cet attachement au lieu de formation prend une importance lors des stages chez le praticien. Dans sa thèse d'exercice, Stéphanie Sablonnière a mis en évidence une influence du milieu dans lequel avait été réalisé le stage ambulatoire praticien niveau 1 sur le milieu d'exercice futur : sur 33 internes ayant réalisé ce stage, 66,7% des internes l'ayant réalisé en milieu rural ont souhaité s'installer en milieu rural, contre 45,4% des internes l'ayant fait en milieu mixte, et aucun des étudiants l'ayant fait en milieu urbain. Dans cette étude, 60,0% des étudiants ayant réalisé leur stage praticien niveau 1 en milieu urbain privilégiaient un exercice futur en milieu urbain contre 9,1% de ceux l'ayant fait en milieu mixte, et aucun des étudiants l'ayant fait en milieu rural. (13)

En 2011, l'ISNAR-IMG a publié une enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Elle met en évidence que 30% des internes de médecine générale réalisent 2 stages chez le praticien pendant leur internat. (14)

Selon l'ISNAR-IMG, le SASPAS est très important pour l'élaboration du projet d'installation. Sa pratique augmente significativement les chances d'avoir un projet d'installation chez les internes de médecine générale. 13% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire ont un projet d'installation. Ce taux passe à 22% après la validation du stage de premier niveau, puis à 28,6% après la validation du stage de deuxième niveau.(15)

Cette tendance n'est pas constante dans la littérature. Dans une étude nationale publiée en 2015, Munck et al. ne mettent pas en évidence d'effet du stage chez le praticien niveau 1 ni du SASPAS sur les projets d'installation en ambulatoire. Ils mettent en revanche en évidence une influence positive des trinômes de maîtres de stage sur l'appropriation d'un projet d'installation. Le SASPAS influencerait sur le sentiment de l'interne à être prêt à exercer plus que sur une installation immédiate post internat. (16)

Ils soulignent que les projets d'installation découlent d'opportunités professionnelles telles que la recherche d'associé ou de collaborateur et la cession de patientèle pour le départ à la retraite.

Dans sa thèse, Delphine Groboz met en évidence pour les internes niçois que les propositions de reprise d'activité d'un confrère inciterait les internes de médecine générale en fin de DES à pratiquer la médecine générale en ambulatoire après leur internat. L'installation serait perçue comme plus simple et réalisable et donc plus facilement choisie. (12)

La sociologie actuelle des étudiants en médecine (**issus pour une large part de milieux sociaux urbains**) contribue à une certaine méconnaissance des zones rurales de la région, ce qui peut avoir un effet sur les vocations à y exercer.(1)

A titre d'exemple, dans l'étude de Stéphanie Sablonnière l'échantillon étudié d'étudiants en médecine de deuxième cycle comptait 67,9% d'étudiants d'origine urbaine contre 32,1% d'origine rurale.

L'échantillon d'internes en médecine générale étudié comptait 62,2% d'internes originaires d'un milieu urbain contre 37,8% originaires d'un milieu rural. (13)

Munck et Al mettent en évidence par ailleurs un lien entre le lieu d'habitation au cours de l'internat et l'existence d'un projet d'installation. Selon eux, le fait de vivre en milieu semi-rural ou rural est associé à une plus forte probabilité d'avoir un projet d'installation en ambulatoire. (16)

L'étude sur « l'installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires » publiée en 2015 par le CGET synthétise les principaux facteurs d'installation sur un territoire. (17)

- Facteurs d'activité prépondérants :
 - o La qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire
 - o L'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire
 - o Les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire
- Autres facteurs déterminants :
 - o L'accompagnement dans les démarches d'installation
 - o La présence de confrères sur le territoire et de professionnels paramédicaux ; la proximité d'équipements et de services médicaux, la proximité d'un service d'urgence
 - o L'existence de services à la population, équipements et infrastructures sur le territoire

NB. Dans cette même publication, le CGET met l'accent sur l'importance de **favoriser l'exercice temporaire pour faire découvrir le territoire : développer les dispositifs de formation initiale au niveau local ; accompagner et inciter les médecins généralistes d'un territoire à devenir maîtres de stage ; mettre en place des dispositifs d'accompagnement et des aides pour limiter les freins à la venue de stagiaires et remplaçants sur un territoire.**

Dans sa thèse d'exercice, Nicolas Baril explique en 2012 qu'une des difficultés a été de faire prendre conscience à des internes en fin de cursus que leur avenir professionnel dépendait de leurs choix. Peu ont l'idée de ce à quoi pourrait ressembler leur engagement professionnel à court terme. 2 personnes sur 34 souhaitaient s'installer l'année suivant la fin de leur internat de médecine générale, et 27/34 dans les 2 à 3 ans après la fin de leur internat.(18)

Il établit une liste de freins à l'installation :

- La famille : adaptation au mode de vie de leur famille, au travail de leur conjoint, et à l'organisation familiale.
- La formation : manque de formation sur le plan administratif et comptable
- La question pécuniaire : Le médecin n'est plus dans le foyer le seul à assurer le revenu de la famille.

- Le lieu d'exercice : l'étude montre que même si les internes envisagent plutôt d'habiter en zone péri-urbaine ou urbaine, ils sont presque un quart à vouloir travailler en zone rurale.

4. Plans d'action existants

a. A l'échelle de la région

Les principaux axes de travail détaillés dans le Plan Régional d'Accès à la Santé des Pays de la Loire 2017-2020 sont : (1)

1. L'accompagnement des élus locaux et des professionnels de santé des zones touchées par la « désertification médicale ».
2. Faire le lien avec les acteurs régionaux pour les formations initiales et continues des professionnels de santé et de l'action sociale). L'objectif est une coordination entre ARS, CPAM, Conseils Départementaux et collectivités locales, représentants des professionnels, ORS, IREPS, Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire, et d'autres associations
3. Plateformes numériques de services pour faciliter l'installation et l'information des médecins et professionnels de santé (Rempla Pays de la Loire pour la mise en relation de médecins installés et remplaçants en libéral ; Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé pour offrir un service personnalisé d'installation en zone fragile)
4. Mission Santé pour développer l'offre de santé de Proximité. Cette mission s'appuie sur l'article L4221-1 du code général des collectivités territoriales, qui permet aux régions de « promouvoir le développement sanitaire de leur territoire ». L'article L1424-1 du code de santé publique précise que la région peut « définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé, élaborer et mettre en œuvre les actions régionales correspondantes ».

15 mesures sont proposées avec deux objectifs : « renforcer l'offre de santé en priorité dans les territoires en difficulté », et « préparer l'avenir ». La mesure n°11 souligne l'importance de sensibiliser les futurs professionnels de santé à l'installation dans les territoires en difficulté. L'objectif est de mieux faire connaître les territoires ruraux et les villes relativement éloignées des agglomérations de Nantes et d'Angers. Il s'agit également de développer les stages dans les établissements de santé qui y sont situés.

Une nouvelle carte des zones fragiles a été élaborée et publiée en mars 2017, par l'ARS et l'Assurance Maladie, en concertation avec les professionnels de santé et les élus locaux. Pour mémoire, 96 CESP ont été signés entre 2010 et 2017 en Pays de la Loire, 210 médecins ont signé l'option démographie en 2015 (3,2 millions d'euros versés), et 73 maisons de santé pluridisciplinaires avec un projet de santé ont été soutenues. Le nombre de CESP a augmenté de 75% en 2 ans. Les zones fragiles étaient

jusqu'ici définies par des données de 2010, uniquement en fonction du nombre de médecins par habitants. Les nouveaux critères sont : les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le temps d'accès par la route vers le médecin généraliste, le volume d'activité des médecins, l'âge des médecins pour tenir compte des départs prévisibles à la retraite.(19)

b. A l'échelle du département (3)

La Mission Prévention Santé du Conseil Départemental de la Vendée travaille sur l'attractivité du département. Ses principaux axes de travail sont : suivi de l'évolution de la démographie des professionnels de santé sur le département ; promotion du compagnonnage et de l'accueil d'étudiants par les praticiens, valorisation du Département auprès des étudiants, rencontres internes - médecins généralistes ; mise en relation des étudiants avec les acteurs locaux, recherche de logements pour les étudiants en stage chez le praticien ; aide à la recherche d'emploi des conjoints ; bourse de logement attribuée aux internes en stage chez un praticien vendéen et se logeant en Vendée (10 bourses de 900€ par semestre depuis 2017), aide à l'implantation de maisons de santé pluridisciplinaires.

Le Conseil Départemental participe également à la réflexion sur le Plan Local de Santé à l'échelle territoriale.

Le Département a attribué des aides individuelles à l'installation à 31 médecins généralistes entre 2005 et 2011. Des bourses de stage ont été attribuées à près de 500 internes entre 2009 et 2016. 24 projets de maisons médicales de proximité et de maisons de santé pluridisciplinaires ont été soutenus. Des postes de médecins de PMI sont proposés à temps plein ou en vacations horaires.

c. A l'échelle des collectivités locales

Un audit de santé a été mené à la demande des élus des communautés de communes du Sud-Est Vendéen en 2013, afin de réfléchir aux axes d'amélioration du réseau de soins. (20) Elle pointe les difficultés d'organisation de l'offre de soins, en contexte de désertification médicale et de vieillissement de la population. On relève dans ce rapport les difficultés pour les élus des communautés de communes pour mobiliser les professionnels de santé.

Les difficultés mises en avant sont l'attractivité faible du territoire pour les nouveaux professionnels de santé et leurs conjoint(e)s, trouver en nombre suffisant des remplaçants ou des successeurs ; recruter certaines spécialités pour le pôle hospitalier ; un territoire alors non classé « zone fragile » par l'ARS ; la faible attractivité économique du Sud-Est Vendée.

Un des axes de travail est la réalisation d'un Plan Local de Santé (PLS). Les freins pointés sont notamment la faible mobilisation des médecins ; l'absence de maîtres de stage ; un contexte économique défavorable et la question de l'emploi du conjoint

Les axes de réflexion du PLS sont notamment la création de la Maison de Santé Pluri-professionnelle ; le développement d'une offre sur le centre de Fontenay le Comte; des actions de santé territoriales ; et l'articulation ville-hôpital.

Depuis 2017, la Communauté de Communes de Fontenay le Comte propose une convention d'engagement financier aux internes en médecine générale. Elle s'inscrit dans la continuité du CESP. Cette dernière s'engage à verser une aide financière en contrepartie de laquelle l'interne s'engage à exercer son activité médicale (sous forme salariée ou libérale, en ville ou en hospitalier) pendant une durée définie par le contrat.

B. Des besoins de santé croissants (1)

i. A l'échelle régionale

La région présente une forte natalité, en moyenne 2,07 enfants par femme. C'est le deuxième rang des régions françaises. Parallèlement, la population y vieillit de façon importante (augmentation de l'espérance de vie, installation de séniors venus d'autres régions de France).

En 2030, un habitant sur cinq dans les Pays-de-la-Loire aura 60 ans, contre un sur cinq aujourd'hui. Au cours des dix prochaines années, la population de 60 ans et plus, ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne pourrait augmenter de 20% en Pays de la Loire. Les prédictions démographiques sont les suivantes :

- 526000 habitants de 60 ans ou plus supplémentaires entre 2010 et 2030, soit +56% chez les 60-74 ans et +116% chez les 75 ans et plus
- Doublement du nombre de ménages composés d'une seule personne de 65 ans ou plus entre 2005 et 2030 dans la région
- 33000 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 2030

(21) La population actuelle des Pays-de-la-Loire est estimée à 3,6 millions d'habitants. Son taux de croissance annuelle a atteint 0,8% entre 2007 et 2012. Il est supérieur à la moyenne en France Métropolitaine qui est de 0,5% par an. Cette augmentation correspond à 30000 habitants supplémentaires par an. Dans cette même dynamique, on estime à 12% la croissance de la population

soit +440000 habitants entre 2012 et 2027, pour atteindre 4 millions d'habitants. Cette progression serait surtout marquée en Vendée +17%. La population de plus de 65 ans devrait passer de 645000 aujourd'hui à 925000 personnes soit +280000 en 2027. Cette population représenterait 23% de la population régionale contre 18% actuellement. Les personnes âgées de plus de 90ans représentent aujourd'hui 34000 personnes, et seraient 66000 en 2027, soit un quasi doublement en 15 ans.

ii. A l'échelle départementale et territoriale (2)

Aucune commune en Vendée n'est à la moyenne nationale. On distingue 3 zones :

- Le Nord-Est vendéen où la population est jeune avec les bassins industriels Choletais et de Nantes
- Le littoral où la population est âgée mais s'accroît
- Le Sud-Est où la population est âgée et se renouvelle moins

La progression du nombre d'habitants est nette, entre 8000 et 9000 habitants par an. Il faudrait 5 médecins généralistes de plus par an pour rester à un taux constant. A ce jour, la plupart des communes ont déjà un déficit de médecins par rapport à leur population. Ces communes se trouvent dans les zones à forte croissance de population. De nombreux patients ne trouvent pas de médecin traitant.

C. Etre interne de SASPAS dans le Sud-Est Vendée

i. La maquette d'internat de médecine générale

1. Maquette actuelle

Les postes d'interne en médecine générale sont définies à l'issue des ECN. Le troisième cycle d'études médicales doit permettre aux internes d'approfondir les connaissances de leur futur métier, et est à ce titre un cycle professionnalisant.

Le DES de médecine générale comporte une formation théorique, une formation pratique, une formation méthodologique avec production de traces d'acquisition de compétences, et une formation de recherche (thèse ou mémoire).

S'agissant de la formation pratique qui nous intéresse plus spécifiquement ici, les internes sont tenus de réaliser plusieurs stages dont l'articulation répond à une maquette commune d'une durée de 3 ans.

Jusqu'ici, la maquette de stages était définie par le bulletin officiel n°39 du 28 octobre 2004 modifié par l'arrêté du 10 août 2010.

Les internes inscrits au DES de médecine générale doivent effectuer 6 stages : (22)

- Deux semestres dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale
 - o Un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
 - o Un au titre de la médecine d'urgence
- Un semestre obligatoire auprès de praticiens généralistes agréés
- Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale
 - o Un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - o Un semestre libre
- Un semestre, choisi en fonction du projet professionnel de l'interne, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire sous la forme d'un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

2. Le SASPAS

Dans le règlement du SASPAS nantais, on rappelle tout d'abord que le SASPAS est un stage, et non un remplacement. Des médecins généralistes acceptent de confier leur patientèle à l'interne, et d'assurer une action pédagogique. Celle-ci est centrée sur l'évaluation formative et sur l'acquisition des compétences en situations de médecine générale. (23)

L'intitulé « Stage Ambulatoire en Soins Primaires » marque volontairement une ouverture du terrain de stage à l'environnement professionnel du médecin généraliste. Des lieux d'apprentissages hors cabinets peuvent être choisis pour des objectifs de formation ciblés (réseaux de soins, structures de soins : maisons de retraite, centre d'alcoologie, centre médico psychologique, planning familial, PMI, etc.)

« Autonomie Supervisée » signifie que l'interne travaille seul à la place de son maître de stage. Il est nécessaire au préalable que l'interne participe à une phase d'harmonisation et d'échanges avec son maître de stage pour travailler en sécurité (s'approprier les locaux, le matériel, le carnet d'adresse, etc.) et pour que le maître de stage confie sa patientèle sereinement (transmissions d'informations, évaluation initiale des compétences, développement d'une relation de confiance).

Il s'agit d'un stage complémentaire du premier stage chez le praticien. L'objectif est la progression pédagogique. L'interne doit travailler en autonomie, sur la durée et avec un volume d'activité important

pour acquérir les compétences à la pratique professionnelle. Il s'agit à son issue d'être capable non seulement de faire un remplacement, mais surtout de travailler en soins primaires ambulatoires. Les domaines pour lesquels le SASPAS peut apporter en progression sont : (24)

- La prise en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, évolutives, grossesses, nourrissons)
- L'organisation matérielle d'un cabinet, sa gestion, son contexte administratif
- Le développement des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels

Les lieux de stage du SASPAS sont les UPMGA. Ce sont les cabinets de médecine générale agréés par la Faculté pour leur compétence pédagogique à la formation des étudiants en Médecine de deuxième cycle et des internes de médecine générale dans le cadre du DES de médecine générale. L'agrément de la Faculté répond à des critères qualitatifs : locaux adaptés, formation pédagogique des maîtres de stage, activité professionnelle de médecine générale. (23)

Les maîtres de stage doivent répondre à des exigences définies par le DMG :

- Etre des experts professionnels, enseignants de médecine générale,
- Etre formés à la pédagogie cognitive
- Etre formés à l'évaluation formative

Le temps de travail de l'interne est le même que pour les autres stages. L'interne doit réaliser onze demi-journées par semaine. En pratique, internes et maîtres de stage définissent une organisation pratique, mais il existe des impératifs :

- Neuf demi-journées obligatoirement consacrées à la médecine générale en autonomie complète
- Une demi-journée consacrée à la recherche en médecine générale : travaux initiés par les internes (mémoire, thèse, travaux personnels) ou par les maîtres de stage, ou par le DMG.
- Une demi-journée consacrée à l'enseignement : séminaires, GEP, supervision indirecte, RSCA, FMC, etc.

Nb. Les demi-journées des internes sont de trois heures trente minutes. Une journée de médecin généraliste équivaut à trois demi-journées d'interne de médecine générale, à condition que l'interne travaille la journée entière.

Le nombre d'actes de l'interne est limité à 6 à 12 par demi-journée.

La rémunération des internes est faite par les hôpitaux comme pour les autres stages. La rémunération des maîtres de stage est faite par la reversion intégrale (100%) des honoraires générés par l'activité des internes de médecine générale, et par des honoraires pédagogiques fixés par décret.

L'interne ne peut pas remplacer un de ses maîtres de stage. Par ailleurs, tout remplacement doit être effectué sur un jour de congé déclaré aux affaires médicales, et donc accepté et signé par le maître de stage référent.

Le SASPAS a un rôle pédagogique. Plusieurs outils sont disponibles :

- La supervision indirecte : elle doit être régulière par les maîtres de stage.
- Les groupes d'échanges de pratique : les séances sont organisées régulièrement pendant le semestre. Elles portent sur des situations authentiques rencontrées par les internes. Elles regroupent les internes en SASPAS et sont animées par au moins un maître d'apprentissage.
- Le RSCA
- La rétroaction pédagogique : elle se fait lors des séances de supervision indirecte, lors des séances d'échange de pratique, lors de l'évaluation formative des RSCA, et lors de toutes les interactions pédagogiques entre l'interne de médecine générale et ses maîtres de stage.
- L'évaluation formative des internes : elle a lieu tout au long du semestre ; l'évaluation des UPMGA et des maîtres de stage est faite par les internes et le DMG dans un objectif de démarche qualité.

Nb. L'interne est considéré « Novice » de l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1 (chez le praticien), « intermédiaire » de la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS, et « compétent » à la fin de son cursus (ou fin du SASPAS).

Une grille d'évaluation est fournie à l'interne pour évaluer son stage. Les points d'évaluation sont notamment :

- Organisation du stage (nombre de consultations satisfaisant ? Nombre de consultations dans la journée, rythme, durée horaires, évolution envisageable ? Variété des situations cliniques rencontrées suffisante ? Suivi possible ? Adéquation avec les attentes et besoins de formation de l'interne ?)
- Rétroactions : durée, fréquence, sujets, méthodes, moments et lieux appropriés, désirs de repasser en supervision directe sur certaines compétences ?
- Prescriptions pédagogiques : pertinence ? fréquences ? retours ?
- Evaluer la progression des compétences (grilles d'évaluation)
- Plan d'action pour les mois suivants (propositions d'amélioration de l'organisation ? pistes de travail, objectifs ?)

Plusieurs réunions entre maîtres de stage universitaires et internes sont proposées. 3 réunions sont nécessaires au minimum.

3. Réforme du DES (25)

L'année 2017 a été celle de la réforme du troisième cycle des études médicales. Les objectifs de celle-ci sont : en renforcer l'aspect pédagogique, faciliter la prise de fonction d'interne puis de médecin en pleine responsabilité, clarifier les différentes filières de formation, et cela tout en restant adaptable au cours du temps.

La maquette de DES est structurée en trois étapes adaptées au niveau de compétence de l'interne :

- Phase I dite « Socle ». Sa durée est de 1an. L'interne y prend progressivement ses fonctions, et construit ses connaissances et compétences de base.
- Phase 2 dite d' « Approfondissement ». Sa durée varie de 2 à 3 ans. L'interne consolide et approfondit ses connaissances et compétences propres à sa spécialité. Il construit son projet professionnel.
- Phase 3 dite de « Consolidation ». Sa durée varie de 1 à 2 ans. L'interne est en autonomie supervisée. Il construit son projet d'installation, et consolide ses connaissances et compétences dans sa spécialité.

Selon la nouvelle réforme, la thèse et le DES sont séparés, notamment dans le temps. La thèse doit être soutenue à l'issue de la phase II ; le DES doit être délivré une fois les trois phases validées.

Nb. Les anciens DESC qualifiants ou non qualifiants sont supprimés. Les internes peuvent acquérir des connaissances et compétences supplémentaires via des options ou des formations spécialisées transversales. Celles-ci ne permettent pas d'exercer en dehors du champ de compétences du DES de formation de l'interne.

Initialement, le DES de Médecine Générale conserve une durée de 3 ans, et ne comporte pas de phase III, en raison du manque de terrains de stage ambulatoire, et du faible ratio enseignant / étudiants en médecine générale.

La nouvelle maquette de DES de médecine générale prévoit l'organisation suivante :

- Phase socle (2 semestres) : stage en Médecine d'Urgence et Stage en Médecine Générale de niveau 1.

- Phase d'approfondissement (4 semestres) : Médecine Polyvalente, Santé de l'enfant, Santé de la femme, et SASPAS (pour ce dernier, possibilité de réalisation au cours d'un des deux derniers semestres).

De façon transitoire, les départements de médecine générale peuvent appliquer des maquettes de transition, si les capacités de formation sont effectivement insuffisantes pour mettre en place certains stages de la maquette.

La réforme inscrit par ailleurs plusieurs avancées pédagogiques, parmi lesquelles un contrat de formation (avec définition d'objectifs pédagogiques et du parcours de formation) établi à l'issue de la validation de la phase I ; un suivi individuel par un référent pédagogique ; une évaluation régulière (début, milieu, et fin de stage) ; un portfolio numérique ; et des méthodes pédagogiques variées.

ii. Les terrains de SASPAS en Sud-Est Vendée

Pour le semestre de mai à novembre 2017, dans la liste officielle des stages SASPAS de l'Université de Nantes, les terrains de stage permettant à un SASPAS de travailler dans le Sud-Est Vendée étaient le SASPAS n°3, (un terrain de stage à Mouzeuil Saint Martin, Vendée) et le SASPAS n°33, (un terrain de stage à Fontenay le Comte, et à Mouzeuil Saint Martin, Vendée)

Nb. A ces deux terrains de stage, s'ajoutaient deux trinômes de stage de praticien niveau 1 : le PRATICIEN n° 44 (un terrain de stage à Fontenay le Comte et à Mouzeuil Saint Martin), et le PRATICIEN n°64 (un terrain de stage à la Châtaigneraie, et un terrain de stage à l'Hermenault, lequel n'a pas été renouvelé au semestre suivant).

2 maquettes de SASPAS seulement permettent à des internes de SASPAS de venir en stage dans le Sud-Est Vendée lors du semestre mai à novembre 2017, soit 3 journées de consultation par semaine effectués par un interne SASPAS dans l'agglomération de Fontenay le Comte (Sud-Est Vendée) (7 journées de consultation en comptant les journées effectuées par des internes de praticien niveau 1).

D. Nécessité d'une alternative aux terrains de stage existants

Face au contexte de désertification médicale en cours dans le territoire du Sud-Est Vendée, s'ajoute donc une pénurie de terrains de stage de médecine générale en autonomie supervisée. La pénurie de maîtres de stage universitaires dans ce territoire est un des nombreux freins pour les jeunes médecins à venir y exercer la médecine générale.

La réforme du 3^{ème} cycle d'études médicales doit permettre une augmentation du nombre de stages en ambulatoire. Pourtant, pour le DES de médecine générale, l'offre de stage n'est pas suffisante pour répondre à cet objectif. Elle ne permet pas pour l'instant la mise en place d'une quatrième année. Le ratio enseignant / étudiants est jusqu'à dix fois plus faible que pour les autres spécialités. (25)

Dans une étude sur les déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, Munck et al. rappellent que l'augmentation ces dernières années du nombre d'internes en médecine générale n'a pas été suivie d'une hausse proportionnelle du nombre d'enseignants. En 2014, le ratio moyen d'encadrement était d'un enseignant temps plein pour 103 étudiants contre 1 pour 87 en 2008. Il explique qu'augmenter le nombre d'enseignants pourrait favoriser les projets d'installation. (16)

Dans un rapport publié en 2010, l'IGAS souligne que les principales difficultés du post internat s'expliquent notamment par des difficultés d'accès aux stages en milieu libéral plus qu'à des problèmes de maquette de formation. (26)

Se priver de maîtres de stage universitaire, c'est se priver de toutes ces occasions des jeunes médecins de découvrir les territoires éloignés des centres de formation, et de peut-être s'y investir durablement. C'est à l'origine ce pourquoi nous est venue l'idée d'une alternative au SASPAS conventionnel pour la région de Fontenay le Comte.

i. La tentative récente à Mauriac

En 2017, la revue l'Antidote de l'ISNAR a publié un article au sujet d'un récent dispositif de gestion des soins non programmés créé dans la région de Mauriac (commune du Cantal d'environ 3600 habitants, à 110 km au Sud-Ouest de Clermont Ferrand). Un médecin généraliste et un urgentiste de cette commune ont cherché à créer pendant le deuxième semestre 2016 une consultation de médecine générale par des internes en SASPAS au sein de l'hôpital de Mauriac. Ils ont proposé aux médecins généralistes locaux de transférer dans ce dispositif les patients qu'ils ne pouvaient pas recevoir pour cause de surcharge ou de congés. Les patients sans médecin traitant pouvaient aussi y consulter. (27)

Florian Schmitt nous a précisé que la consultation se faisait sans rendez-vous, de 8h30 à 12h et de 16h à 19h du lundi au vendredi. 70 % des patients ont été orientés par des cabinets de médecine générale, 20% consultaient spontanément, et 10% étaient adressés par le service des urgences. La moyenne était de 7,5 patients par jour.

Deux internes en SASPAS y travaillaient en alternance à mi-temps. Leur autre mi-temps avait lieu dans deux cabinets de médecine générale.

ii. Nécessité d'aller plus loin en termes de Suivi

Notre projet n'a pas été guidé par cette expérimentation, mais elle met en lumière que dans d'autres communes de France, la forte demande de soins primaires en contexte de désertification médicale pousse les acteurs du système de santé à élaborer des stratégies, parmi lesquelles l'articulation ville-hôpital.

Il nous a semblé essentiel de chercher à planifier la prise en charge médicale des patients, et surtout de leur proposer un suivi programmé dans le temps.

II. MATERIELS ET METHODES

II. Matériels et Méthodes

A. L'avant-projet

i. Rencontres et discussions

Il est difficile d'inciter les internes en médecine générale à « s'installer » dans les déserts médicaux, alors même qu'ils ne peuvent pas ou peu s'y confronter au cours de leurs études. Pour exemple, la commune de Fontenay le Comte compte une seule maître de stage en SASPAS (et praticien niveau 1). La conséquence pour cet exemple, c'est que 4 internes seulement par an peuvent découvrir la médecine générale à Fontenay le Comte dans le cadre de leur maquette de stages universitaires (2 par an via un stage praticien niveau 1, et 2 par an en SASPAS).

Ouvrir de nouveaux terrains de stage aux internes en médecine générale, c'est un préalable essentiel pour permettre à ceux-ci de porter leur propre regard sur les terrifiants « déserts médicaux ». Ce sont des stages essentiels, survenant à une époque charnière de la vie d'un étudiant où l'avenir (personnel et professionnel) reste encore à déterminer. C'est à ces époques charnières où le choix de s'installer un jour, pourquoi pas, là où on a déjà créé des liens avec des confrères médecins, paramédicaux, avec des patients, ou plus largement au sein de la population, peut survenir. S'en priver, c'est se priver d'autant de vocations pour les territoires fragilisés.

Faute de nouveaux maîtres de stage universitaires à Fontenay le Comte, nous avons envisagé avec le Dr Couillard, chef de service des Urgences la possibilité de créer un nouveau poste d'interne de médecine générale au sein du service des Urgences. Le cadre du service hospitalier allait devenir un support à des consultations de médecine générale ambulatoires.

ii. Des enjeux complémentaires

1. En termes de Santé Publique

a. Pour les patients sans médecin traitant...

De plus en plus de patients en Sud Est Vendée peinent à obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste. Le suivi médical est difficile à réaliser dans de bonnes conditions. Le vieillissement de la population dans le territoire ajoute au défi une augmentation de la demande de soins et de suivi des pathologies chroniques.

Le personnel paramédical est de plus en plus sollicité (exemple des pharmaciens sollicités pour demandes d'avis médicaux, ou avances de médicaments faute d'ordonnance à jour). Les patients se tournent également vers le centre 15 et le service des Urgences.

Une étude nationale a été réalisée en juin 2012 par la DREES afin d'évaluer l'organisation et le fonctionnement des structures d'urgences, et d'actualiser la description des caractéristiques médicales des patients pris en charge. Elle met en évidence que 79 % des patients consultaient aux urgences pour un motif médical (les urgences étaient le lieu de soins médicalement le plus adapté au problème de santé) ; 59% pour l'accessibilité aux soins ; et enfin 21% par défaut (incluant l'absence d'un médecin traitant). (8)

Clémence Nosjean a réalisé une étude descriptive en 2016 dans le service des Urgences de Fontenay le Comte. Sur 472 patients dont les consultations étaient estimées « non adaptées aux urgences », 78 (17%) n'avaient pas déclaré de médecin traitant. La « non déclaration » d'un médecin traitant n'était alors pas identifiée comme un facteur de risque de consultation inappropriée aux Urgences. (10) Dans son étude réalisée en 2012 au CHU de Nantes, Audrey Kasproski mettait, elle, en évidence que l'absence de médecin traitant déclaré était un des facteurs de risque significatifs de consultation inappropriée aux Urgences.(28)

S'agissant des patients sans médecin traitant, l'objectif était de proposer des consultations de médecine générale par un seul interne en médecine générale en fin de cursus de formation. L'objectif était de répondre aux demandes de soins non programmées adaptées à une prise en charge en cabinet de médecine générale. Il s'agissait aussi, et là était le challenge, de proposer une prise en charge globale et une reprise d'un suivi médical (pathologies aiguës, chroniques, médecine préventive, suivi maternel et infantile, coordination des soins, etc.) L'idée était un stage dans un seul et même cabinet, contrairement aux SASPAS conventionnels, se déroulant habituellement dans 3 cabinets distincts. Cette organisation permettait à l'interne de revoir les patients le nécessitant entre le début et la fin d'une même semaine.

b. ...ou quand l'offre locale ne permet pas d'être vu avec des délais raisonnables

La fragilisation de l'offre de soins primaires impacte les délais de consultation. Les renouvellements d'ordonnances doivent être anticipés, et les recours de semi urgence ne peuvent pas toujours être assumés. La situation touche l'ensemble des cabinets de médecine générale dans le territoire. Dans son étude, Clémence Nosjean met en évidence que parmi les patients ayant consulté aux urgences pour un « motif inapproprié » (après évaluation par un sénior des urgences), 31% n'avaient pas réussi à joindre le médecin généraliste, 19% estimaient que le délai avant prise en charge par le médecin généraliste était trop long, et 7% avaient reçu un refus du médecin généraliste. Par ailleurs, 48% des patients de la population de l'étude adressés par un médecin généraliste étaient estimés en « consultation inappropriée ». (10)

Notre projet se voulait une offre de soins intermédiaire entre la consultation par le patient de son médecin traitant et le recours au service des Urgences. Il s'agissait pour ces patients d'assurer les prises en charge de soins de semi urgence, les demandes de renouvellement de traitement habituel, mais aussi d'offrir la

possibilité aux patients d'accéder à un « deuxième avis » médical. Ce dernier élément a été mis en avant dans la thèse d'Audrey Kasproski en 2013.(28)

Il ne s'agissait nullement d'exercer une concurrence envers les médecins traitant de ces patients. Ceux-ci devaient être informés que leur médecin traitant restait leur médecin référent, et poursuivrait leur suivi médical au long cours.

2. Pour le service des urgences :

La coordination ville-hôpital est essentielle à différentes étapes des prises en charge (adressages aux urgences, entrées et sorties d'hospitalisation, partages d'information pour consultations spécialisées). Un réseau de collaboration professionnel efficace est nécessaire à l'échelle territoriale (médecin généraliste, médecins d'autres spécialités, professionnels paramédicaux, médecins hospitaliers).

L'activité médicale de la ville et de l'hôpital sont intimement liées et les deux univers subissent la pression grandissante de la demande de soins, notamment dans le Sud-Est Vendée. Ce sont les mêmes patients qui faute de médecin généraliste disponible pour un soin de semi urgence ou un renouvellement d'ordonnance s'adresseront aux Urgences. Permettre à un médecin en formation de réaliser des consultations de médecine générale en lien avec un service hospitalier est intéressant en ce sens.

Devant les difficultés qu'ont les patients pour obtenir une consultation de médecine générale en ville, les consultations inadaptées augmentent aux urgences. Cette augmentation se heurte d'une part au contexte matériel souvent inadapté du box médicalisé d'Urgences, aux priorisations selon le motif d'admission, et fatalement aux temps d'attente de plus en plus longs en salle d'attente. Ce dernier point est un des facteurs de tension chez les patients ou le personnel et facteur de risque de dégradation pour les urgences cachées.

Un but de notre projet était également permettre aux patients consultant aux urgences (faute de consultation en médecine générale de ville disponible) d'être examinés dans le cadre d'un cabinet plus propice aux échanges et à l'écoute, en leur proposant de ne pas attendre en salle d'attente et d'être reçu à une heure fixée et dans un délai raisonnable. Plus que de réduire l'activité du service d'Urgences, il s'agissait d'y rationaliser cette demande de soins de médecine générale qui est existante et qui prend de plus en plus de place.

3. Pour le DMG

Nous avons sollicité les membres du DMG de Nantes et leur avons soumis notre projet. Une demande de fléchage a été acceptée dans le cadre d'un stage libre de la maquette de médecine générale.

Les attentes étaient d'abord légitimes en termes d'apport pédagogique. La supervision indirecte était un premier défi à relever dans le cadre d'un SASPAS en lien avec l'hôpital. C'est un moment d'échange essentiel durant lesquels la revue des dossiers vus en autonomie par l'interne permet d'aborder les difficultés rencontrées (relationnelles, organisationnelles, diagnostiques, thérapeutiques), de « déconstruire » les temps d'une consultation pour analyser quels en étaient les enjeux, comment ils ont été abordés, et quelles étaient les autres alternatives. Ils ne sont pas des temps de jugement mais des temps de réflexion à froid à visée constructive pour les situations à venir.

Ensuite, il fallait veiller à établir des conditions de travail sécurisantes pour l'interne. L'interne ne devait pas être seul face aux situations cliniques compliquées. Pour rappel, dans le cadre habituel du SASPAS, le maître de stage reste joignable à tout moment de la journée.

S'agissant de l'activité réalisée par l'interne, celle-ci restait à évaluer afin de savoir si elle reproduisait les conditions d'une demande de soins primaires ambulatoire, tant en terme de quantité de demandes que de compétences sollicitées par les situations cliniques. L'activité attendue d'un cabinet de consultations de médecine générale, y compris en lien avec l'hôpital, ne devait pas être celle d'un « circuit-court » (ex. en termes d'accès au dispositif, d'utilisation du plateau technique, de motifs de consultation, de durée de consultation).

Il était important de relever tous ces défis pour envisager peut-être une reproduction de cette expérience dans d'autres centres hospitaliers. Pour cela, il était important d'élaborer et d'évaluer ce stage sur des critères objectifs, reproductibles, et quantifiables.

B. La construction du stage

i. Création physique du cabinet

Notre enjeu a été de se rapprocher le plus possible des conditions d'un stage de SASPAS pour un interne en fin de cursus. Comme nous l'avons abordé précédemment, le stage de SASPAS répond habituellement à quelques règles organisationnelles. Lors de la répartition des stages inter-semestrielle, le futur interne en SASPAS se voit attribué un trinôme de maîtres de stage. Il partage ainsi ensuite son temps clinique en stage entre trois UPMGA.

Chaque semaine, il effectue une journée de consultations programmées dans chacun des trois cabinets, avec une majorité de patients déjà connus et suivis au sein des trois cabinets distincts. Les situations rencontrées en consultation sont revues entre l'interne et le maître de stage du cabinet après chaque journée de stage. L'interne peut ainsi discuter de ses prises en charge, des difficultés qu'il a rencontrées. Il profite de l'expérience de ses maîtres de stage dans le suivi individuel des patients rencontrés ; il peut analyser les points positifs comme négatifs et les pistes d'amélioration ; et les approches distinctives des trois maîtres de stage sont un appui pour développer ses propres stratégies diagnostiques, thérapeutiques, administratives, organisationnelles, et de communication.

La pénurie de maîtres de stages universitaires ne nous permettait pas de partager l'activité clinique entre un cabinet hospitalier et un cabinet de ville. Par ailleurs, nous avons cherché à tirer profit de l'opportunité que pouvait représenter pour un interne de fin de cursus la pleine responsabilité de l'activité clinique et du suivi au sein d'un seul et même cabinet. Il n'y avait pas de patientèle déjà constituée dans cette configuration. Il s'agissait pour l'interne de se mettre dans la situation d'un jeune médecin en création de patientèle dans un territoire. Chaque patient vu en consultation serait un nouveau patient, pour qui toute l'histoire notamment clinique serait inconnue. L'interne ne pourrait profiter du suivi antérieur ni d'un dossier médical déjà constitué au sein du cabinet, ni donc du regard de son maître de stage sur des patients déjà connus. Le but était rappelons-le de faire des consultations de médecine générale, et donc de se mettre en conditions d'assurer un suivi sur une échelle de 6 mois. Le fait que toute l'activité clinique de l'interne se déroule dans le même terrain de stage allait permettre de proposer aux patients de les revoir à court, moyen, et moyen-long terme. Il s'agissait ainsi pour l'interne de créer un cabinet, de gérer le recrutement des patients et l'intégration d'un tel dispositif au sein d'un service d'urgences, et de faire connaître le cabinet auprès des professionnels médicaux, paramédicaux afin d'assurer son usage. Il s'agissait également pour l'interne de s'ancrer dans un seul et même territoire, et d'en devenir un acteur au sein du système territorial de santé, complémentaire aux médecins généralistes y exerçant déjà.

Le Centre Hospitalier de Fontenay le Comte et le Dr Couillard, chef de service des Urgences, ont mis à notre disposition un local du service des Urgences, autrefois utilisé comme cabinet de CAPS à Fontenay le Comte. Ce local était situé à proximité de l'accueil et des salles d'attente des Urgences, et physiquement séparé des salles de soins et salles d'examen des Urgences.

Avant le début du stage, un recueil du matériel nécessaire à l'interne pour la réalisation des consultations a été réalisé. Il s'agissait d'éléments

- De mobilier (bureau, chaises, table d'examen avec étrières, lampe d'examen, armoires de rangement pour le petit matériel, tables amovibles pour la réalisation de soins et sutures) ;

- De matériel médical (stéthoscope, tensiomètre, otoscope et spéculums auriculaires, bandelettes urinaires, kits de prélèvements gynécologiques, spéculums gynécologiques, brosses de frottis et kits d'adressage en laboratoire, mètre ruban, toise de mesure, balance pédiatrique et balance standard, kits et matériel de pansement, kits et matériel de suture, gants d'examen, tests de dépistage rapide angines streptococciques) ;

Nb. Des kits de dépistage organisé du cancer colorectal ont été obtenus après demande auprès de l'agence « Audace », la structure de gestion des cancers en Vendée

- De matériel de bureau (un agenda, un poste téléphonique avec une ligne dédiée au cabinet, une imprimante, et un poste informatique connecté au réseau informatique des Urgences, et équipé du Logiciel de soins UrQual* ; des feuilles CERFA (arrêts maladie, accidents de travail, prescriptions médicales de transport)

Le logiciel allait être le support officiel pour notifier les consultations médicales réalisées. Il présente sous forme de plan la répartition des patients admis dans le service des Urgences. Chaque dossier patient permet de tracer les différentes admissions au service des Urgences. Il comporte une rubrique fixe sur les antécédents, allergies, et traitements habituels du patient.

Pour chaque nouvelle admission, sont reportés

- le motif de la consultation,
- l'examen médical,
- la conclusion de l'épisode,
- la codification des actes réalisés,
- la codification GEMSA, classant les patients en 6 groupes selon le mode d'admission et de sortie
- la codification CCMU, classant les patients en 7 grades de gravité aux Urgences
- le codage diagnostique de l'épisode

L'organisation et la programmation des consultations de médecine générale étaient des grands enjeux pour la réussite de notre expérience en milieu hospitalier. L'agenda du SASPAS avait pour fonction de planifier les consultations médicales, (prises de rendez-vous par les patients, re-convocations), et ainsi de structurer les journées de stage, les disponibilités restantes permettant les admissions de soins non programmées de certains patients des Urgences. Sa tenue était sous la responsabilité de l'interne lors de ses jours et heures de présence en stage, et il était confié aux secrétaires et aux infirmières d'accueil en dehors de ces jours et heures. Ces dernières ont accepté de planifier des consultations médicales pour les jours de consultations à venir.

Quel que soit le mode d'entrée des patients dans le dispositif de consultations de médecine générale, ils devaient être accueillis par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences. Le rôle de ces dernières

dans la répartition et l'orientation des patients dans notre cabinet ou non est détaillé ci-dessous. Les patients devaient également être reçus au bureau d'admission attenant au bureau de l'infirmière d'accueil, en vue d'y créer un dossier administratif d'admission aux urgences. Une fois l'orientation fixée et le dossier administratif réalisé, les patients attendaient dans une salle d'attente des Urgences, commune avec les autres patients des Urgences.

Il a été convenu, après discussion entre le Dr Couillard (chef de service des Urgences), et le Dr Senand (médecin généraliste et président du DMG de Nantes), et l'interne de SASPAS, d'adopter une organisation similaire aux SASPAS conventionnels, avec trois journées entières de stage par semaine, équivalent donc aux neuf demi-journées consacrées à l'activité clinique exigées par la réglementation du SASPAS.

Les journées de stage se déroulaient de 8h00 à 19h30. Les horaires de consultations programmés étaient de 8h30 à 12h30 et de 14h à 18h30, permettant de préserver des créneaux de consultations non programmées. Pour des raisons d'organisation, la durée des créneaux de consultation a été fixée à 30 minutes.

Nous avons choisi de proposer les consultations chaque lundi, mardi, et jeudi. Nb. Le lundi a été privilégié initialement car il s'agissait habituellement d'une journée de forte affluence aux Urgences. Le jeudi permettait de revoir des patients du début de semaine, notamment pour juger d'une évolution clinique à court terme.

Nous avons maintenu par la suite ces jours et horaires invariablement au cours du semestre.

ii. Modes d'admission des patients

1. Initialement, adressage par IDE

Avant le début officiel du stage de SASPAS, nous avons réfléchi aux critères d'inclusion des patients dans notre circuit de consultations, pour les soins non programmés. Notre objectif était de réaliser des consultations de médecine générale. Nous étions conscients qu'une partie des consultations serait, et notamment au début de l'expérience, délivrée à des patients s'adressant spontanément aux Urgences. Ces consultations devaient être organisées afin d'être gérées intégralement par l'interne de SASPAS. L'orientation était donc primordiale. Elle devait répondre avant tout à des questions de sécurité.

La liste **initiale** et **indicative** des critères jugés inappropriés annoncée à la cadre des Urgences pour les consultations du SASPAS était : critères de gravité notamment évalué par les constantes vitales (FC>125bpm, FR>30/min, PAs<90mmHg, GCS<15) ; patients agités ; alcoolisations aiguës ; plaies étendues, délabrantes, à risque septique ou fonctionnel ; accidents de la voie publique ; douleurs

avec EVA >6 ; grossesses à risque ; douleurs thoracique chez les patients coronariens connus ; troubles neurologiques d'apparition brutale ; céphalées brutales ou céphalées inhabituelles chez céphalalgique connu ; détresses respiratoires nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate ; épistaxis chez patients sous anticoagulants ; vomissements incoercibles ; patients alités ou ne pouvant se déplacer seuls.

Très rapidement, nous avons réalisé qu'une telle liste était trop peu exhaustive et trop peu reproductible pour assurer la sécurité des prises en charges.

Elle n'était par ailleurs pas assez restrictive et n'écartait pas les patients « non graves » mais nécessitant un accès rapide au plateau technique hospitalier, une surveillance médicale ou paramédicale, ou des soins médicaux ou paramédicaux complexes. De plus, elle n'écartait pas les patients adressés aux Urgences par leur médecin généraliste.

Le risque de cette organisation était ainsi de tendre vers un système de circuit court d'Urgences, ce qui n'était nullement notre objectif.

Cette problématique a été l'occasion de s'intéresser au concept du triage aux Urgences et à ce qu'on pouvait en attendre dans le cadre d'un dispositif de cabinet de consultations de médecine générale aux Urgences.

2. Nécessité et création d'un arbre décisionnel d'orientation

Triage est synonyme de sélection, répartition ou choix. Ce concept est ancien. Il est apparu en médecine militaire dès les guerres napoléoniennes pour classer les soldats blessés en fonction de l'urgence chirurgicale et des moyens disponibles. **(29) (30)**

Dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, l'admission d'urgence et le triage se pratiquaient dans les hôpitaux parisiens. L'interne ou le chirurgien étaient responsable du triage.

Les soins d'urgence se développèrent en parallèle aux avancées thérapeutiques et aux grands conflits armés jusqu'à la seconde moitié du XXème siècle. Dans les années 70, se posa le problème du triage en milieu civil à l'entrée des services d'Urgence. Des échelles de tri ont été développées par différents pays. En France, il n'y avait pas d'échelle de tri uniforme. Le triage pré-hospitalier effectué par le SAMU a longtemps satisfait le besoin de triage.

Les services d'Urgences se sont structurés à partir du début des années 90. En 1994 a été mise en place la CCMU. Il permettait de distinguer les patients stables (CCMU I et II) et les patients potentiellement instables (CCMU III ou instables de façon patente (CCMU IV et V).

Depuis, il n'y a pas eu d'échelle de triage qui se soit imposée. De nombreuses structures d'Urgences ne se préoccupent pas de la problématique du triage. Les publications sont d'ailleurs pauvres sur le sujet.

Les objectifs du triage sont d'identifier rapidement les patients en détresse vitale qui doivent être vus en premier et ceux qui peuvent attendre sans danger pour leur santé ; de déterminer l'aire de traitement appropriée : déchocage ou box de consultation ; et de diminuer l'encombrement des services d'urgence.

Les recommandations de la SFMU sont :

- Triage effectué par un(e) IDE dédié(e). (accord fort) ;
- Délai avant triage ne devant pas dépasser trente minutes ;
- Triage concernant tous les patients (accord fort) ;
- Triage effectué en toute neutralité, sans discrimination vis-à-vis du malade ou du motif de recours au soin (accord fort)
- Triage réalisé à l'aide d'une échelle spécifique (accord fort)
- L'ensemble des informations recueillies lors du triage et le niveau de priorité qui en découle doivent apparaître dans le dossier patient. (accord fort)
- Triage permettant d'orienter chaque patient vers le secteur de prise en charge adapté
- Triage permettant de réorienter, selon avis médical et/ou protocole, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein du service d'urgences
- Triage définissant pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale. (accord fort)
- Au terme du triage, les patients et les accompagnants doivent être informés sur la durée prévisible de leur attente malgré son caractère très approximatif.
- Tout Service d'Urgences doit posséder et suivre régulièrement des indicateurs qualité du triage
- Ces indicateurs doivent être utilisés pour mettre en place des actions d'amélioration continue de la qualité. (accord fort)

Plusieurs indicateurs ont été discutés : la reproductibilité intra-individuelle (par le même IDE) ; inter-individuelle (par deux IDE) ; la validité par prédictivité de la consommation de ressources (humaines et matérielles) ; la validité par prédictivité du taux d'hospitalisation.

Les échelles sont un outil indispensable pour répondre aux objectifs de triage sans néanmoins pouvoir identifier d'échelles validées de façon consensuelle actuellement. Leur construction est fondée sur ce que l'échelle cherche à repérer : une corrélation entre le niveau de gravité et d'admission en soins intensifs, ou en salle d'opération, une corrélation entre un délai d'attente dans la prise en charge initiale ou finalisée et le niveau de gravité.

- Echelle « Emergency Severity Index » : Elle se présente sous forme d'un score en 5 points. Elle est performante pour indiquer les besoins d'un patient en termes d'investigations complémentaires et d'hospitalisation.
- L'Echelle de Manchester (Manchester Triage Scale) : Elle permet de déceler les patients sévères. Elle est moins adaptée pour prédire les hospitalisations en fonction du score que l'ESI.
- L'Echelle informatisée de triage canadienne « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal » (CTAS) : Elle prend en compte la rapidité de mise en œuvre des soins ainsi que leur délai de réévaluation à adopter, c'est-à-dire la consommation de soins.
- La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) : Elle utilise une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissante. Elle permet de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences.

Il a été retenu par la SFMU qu'il faut utiliser une échelle de triage validée, fiable, et reproductible (accord fort), qui comporte 4 ou 5 niveaux, s'appuyant sur des critères identifiés.

La CIMU était la classification employée au Service des Urgences de Fontenay le Comte. Nous avons choisi de conserver cette classification par souci de simplicité et d'intégration au circuit conventionnel des Urgences, mais aussi parcequ'elle est réputée pour sa fiabilité quelque soit l'infirmier d'accueil l'employant, et qu'elle permettait de donner a priori le niveau de complexité et de sévérité d'un patient se présentant aux urgences.

Nous avons donc élaboré un arbre décisionnel s'adressant aux infirmiers d'accueil et d'orientation. L'objectif était de leur permettre d'identifier parmi les patients n'ayant pas pris rendez-vous pour une consultation de médecine générale et se présentant aux Urgences, lesquels sont adaptés à une admission dans le circuit de consultation du SASPAS. (cf. Annexe n°1)

- Un patient adressé aux Urgences par un médecin (avec ou sans courrier), après consultation ou après régulation par le centre 15, était systématiquement orienté vers le circuit conventionnel des Urgences. Dans le cas contraire, on devait apprécier les critères de gravité clinique notamment par l'évaluation des constantes vitales. Les patients présentant des critères de gravité (pouls $>120/\text{min}$, et/ou TA $<90\text{mmHg}$ ou $>200\text{mmHg}$, et/ou $T^{\circ} >40$, et/ou GCS <15 , et/ou FR $> 20/\text{min}$, et/ou Cétonurie ou cétonémie capillaire, et/ou PF $<50\%$, etc.) étaient systématiquement orientés vers le circuit conventionnel des Urgences. En l'absence de ces

critères de gravité, l'infirmier d'accueil se référait à une liste affinée de critères de l'échelle CIMU. Ces critères correspondaient aux catégories

- A priori adapté à la consultation de médecine générale des Urgences (cotation 4 ou 5 de la CIMU)
- Peut-être adapté à la consultation des Urgences, selon l'appréciation de l'IOA (cotation intermédiaire 3 ou 4 de la CIMU)
- Peu adapté au fonctionnement du cabinet de médecine générale, malgré cotation 4 ou 5 de la CIMU ; ou motifs nécessitant un geste thérapeutique dans les 20 minutes (sédation, hémostase, insuline, etc.) malgré une cotation à 4 ou 5 de la CIMU.

L'élaboration de cet arbre diagnostique a permis de créer une dynamique de complémentarité entre le circuit conventionnel d'Urgences et le cabinet du SASPAS. Les IOA ont été incitées, en fonction des créneaux disponibles dans l'agenda du SASPAS, à orienter des patients vers le cabinet du SASPAS aux horaires disponibles. Cette possibilité nous semblait particulièrement intéressante lors des périodes de forte affluence à l'Accueil des Urgences. Il s'agissait alors après évaluation de l'IOA de proposer aux patients adaptés se présentant spontanément aux Urgences pour des soins initialement non programmés de revenir aux Urgences à une heure fixée. L'intérêt était alors, pour le service des Urgences, de rationaliser et de fluidifier l'attente aux Urgences.

3. Vers une incitation à la prise de rendez-vous systématique

Nous avons cherché de plus en plus à limiter les admissions directes imprévues dans le cabinet de SASPAS. Notre objectif a été que la majorité des patients y consultant se voient attribué une heure de rendez-vous quelque-soit leur mode d'arrivée dans le dispositif.

Les rendez-vous étaient donc fixés :

- Suite à une orientation par l'IOA après présentation à l'Accueil des Urgences
- Suite à une présentation à l'Accueil des Urgences ou à l'Accueil du Centre Hospitalier de Fontenay le comte pour demande spontanée d'un rendez-vous médical
- Suite à un appel téléphonique direct pour demande de rendez-vous, via le standard de l'hôpital, via la ligne téléphonique de l'Accueil des Urgences, via le secrétariat des Urgences, ou via la ligne directe du cabinet de SASPAS lors des jours et heures ouvrables.
- Suite à une consultation aux Urgences, dans les situations nécessitant un suivi médical à court terme, et en cas d'impossibilité de reconvoication avec un médecin traitant

- Suite à une consultation médicale dans le cabinet de SASPAS, dans le cadre d'une reconvoocation pour suivi médical

iii. L'aspect financier

1. Le coût du dispositif

La rémunération mensuelle des internes de médecine générale est fixée par l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé, qui fixe ces indemnités aux montants suivants à compter du 1^{er} juillet 2016. Ces montants peuvent être modifiés par arrêté : 3^{ème} année : 25500,55€ ; 2^{ème} année : 18383,46€ ; 1^{ère} année : 16605,13€. **(31)**

Il existe des majorations compensatrices d'avantages en nature pour les internes : pour ceux qui sont non logés et non nourris : 1004,61€ ; pour ceux qui sont non-logés mais nourris : 334,32 ; pour ceux qui sont non-nourris mais logés : 670,29€.

Nb. La partie 4° de l'Article R6153-10 du Code de la Santé-Publique prévoit que « une prime de responsabilité, est versée aux internes de médecine générale lorsqu'ils accomplissent un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé ». Le montant est fixé par arrêté. Actuellement il s'agit de l'Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant de la prime de responsabilité pour les internes de médecine générale pendant leur SASPAS à 125€ par mois brut.

Le coût spécifique de l'activité du cabinet de SASPAS était faible. Les locaux ainsi que le matériel fourni existaient avant notre stage et ont été prêtés par le service des Urgences. Nous n'avons pas sollicité de personnel pour le fonctionnement exclusif du cabinet. Il s'agissait du personnel habituel des Urgences, mobilisé à effectif habituel (infirmiers, secrétaires, agents administratifs, techniciens de surface notamment).

2. Les types de couverture médicale

L'Assurance Maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants. Il existe également d'autres régimes spécifiques. **(32)**

- L'Assurance Maladie désigne usuellement le régime général. Il s'agit de l'assureur solidaire de 4/5^{ème} de la population française. Elle finance 75% des dépenses de santé.
- Le régime agricole couvre les exploitants et les salariés agricoles. Il est géré par la caisse centrale de la MSA
- Le RSI couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

- Le système comprend également de nombreux autres régimes dit « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaires, le régime des ministres du culte, etc.

L'Assurance Maladie est organisée selon l'ordonnance de 1967 qui instaure la séparation de la sécurité sociale en branches autonomes : la branche maladie, la branche accidents du travail/maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille, et la branche recouvrement. (33)

La CNAMTS gère la branche maladie, qui recouvre les risques maladie, maternité, invalidité, et décès, et dans le cadre d'une gestion distincte, la branche accidents du travail/maladies professionnelles.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la PUMA est entrée en application en remplacement de la CMU de base. (34) Elle s'adresse aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière. Elle assure la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Elle permet concrètement le remboursement de la part obligatoire (« part sécurité sociale »). Il reste à charge du patient la part complémentaire, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

La CMUc donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé, y compris à l'hôpital. Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale. Le patient n'avance aucune dépense (dispense d'avance des frais). Il n'y a par ailleurs pas de participation forfaitaire de 1€ (35)

L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMUc. Elle donne droit, pendant un an, à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé. L'objectif est de réduire le montant de la cotisation annuelle. Elle permet de plus de bénéficier d'une dispense totale d'avance des frais. Les patients bénéficient des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonné quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres (secteur 2). Elle permet enfin une dispense des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 € (36)

Un patient étranger sans titre de séjour ou document prouvant qu'il a entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour peut sous certaines conditions bénéficier de l'AME. Elle prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie. Le patient a le droit à la dispense d'avance des frais. Les conditions pour en bénéficier sont : résider en France de manière irrégulière, de manière stable depuis plus de 3 mois, et avoir des ressources inférieures à un plafond (37)

Nb. Il existe également une AME à titre humanitaire pour les patients de passage en France, ne bénéficiant ni de la couverture sociale de leur pays d'origine, ni d'une assurance privée, et que leur état nécessite des soins imprévus. Il existe enfin des dispositifs de prise en charge, même en l'absence de visas de courte durée ou touristiques, pour les patients en France depuis moins de trois mois, ou depuis plus de trois mois mais sans AME.

3. Les modes de facturation des consultations

Les patients examinés au cabinet de consultation des Urgences étaient soumis aux mêmes règles tarifaires que les autres patients des Urgences. Il s'agissait dans une grande majorité de patients nécessitant des « Prestations Hospitalières Sans Hospitalisation ».

La consultation de médecine générale était soumise au tarif conventionnel de la sécurité sociale, à savoir 25 euros. Au codage de la consultation de médecine générale, s'ajoutait un forfait ATU. Son tarif applicable en établissement de santé public était de 25,32 euros. (38) Au total, pour une consultation de médecine générale standard (sans autre valorisation d'acte), le tarif appliqué était de 50,32 euros.

Par la décision du 17 septembre 2015, l'UNCAM a fixé la participation de l'assuré à 20% pour les forfaits ATU/FFM/SE/APE et les actes et consultations associés, ce qui se traduit par un taux de prise en charge de ces prestations par l'assurance maladie à hauteur de 80%.

Pour les assurés bénéficiaires de la CMUc, seule la participation de l'assuré de 20% est facturable directement à l'assurance maladie. La part obligatoire de 80% reste valorisée par l'ATIH.

Pour les migrants, la facture doit être établie sur la base du taux de prise en charge de 80%. (39) L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximums fixés par l'Assurance Maladie.(37).

Lorsqu'un patient était reconvoqué au cabinet de consultation de SASPAS, le caractère « Consultation de Suivi » était mentionné lors de l'édition de la feuille de cotation finale administrative par l'interne de SASPAS. La facturation n'incluait alors plus que la consultation médicale, sans le forfait ATU.

iv. L'information sur le dispositif dans le territoire

Une de nos premières initiatives a été d'informer l'ensemble des médecins généralistes et secrétariats de médecine générale de Fontenay le Comte. L'objectif était tout d'abord d'informer nos confrères généralistes de Fontenay le Comte de la création du dispositif. Il s'agissait de leur exposer nos

motivations au regard du contexte actuel de pénurie de médecins généralistes et de terrains de stages de SASPAS. Il s'agissait de les rassurer sur nos objectifs. Nous avons insisté auprès d'eux sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'une démarche concurrentielle, mais bien d'une initiative complémentaire au système de soins primaire existant. Les patients déclarant avoir un médecin traitant étaient informés qu'ils devaient poursuivre leur suivi médical avec leur médecin traitant. Une note d'information leur était soumise à signature dans ce sens. Nous leur expliquions de plus que dans le cas de nouveaux patients souhaitant une consultation médicale dans leur cabinet, en cas d'impossibilité d'y répondre favorablement, ils avaient la possibilité de leur proposer notre consultation de médecine générale. Les modalités pratiques sur l'organisation du cabinet et la durée du dispositif leurs était également exposées.

Nous avons également essayé de contacter par téléphone chaque secrétariat, directement concernés par les demandes de consultations des nouveaux patients à Fontenay le Comte de notre dispositif, et de leur possibilité de réorienter leurs demandes vers notre cabinet. Les médecins généralistes pouvaient nous recontacter pour plus d'informations.

Nous avons ensuite souhaité informer chaque pharmacie de Fontenay le Comte. Les pharmaciens sont soumis aux demandes de renouvellement de traitement, parfois même sans ordonnance. Ils sont également sollicités de plus en plus par les patients comme un recours pour demande d'avis médical. Il s'agissait pour nous de leur proposer une solution nouvelle.

Nous avons sollicité le journal d'informations Ouest-France pour leur faire part de notre expérimentation. Notre objectif était de rendre le dispositif visible pour les habitants du territoire de Fontenay le Comte en faisant publier un article explicatif, reprenant les modalités d'accès au cabinet et de prise de rendez-vous, et les jours et heures d'ouverture. La rédaction a répondu à notre attente et a publié un article le 26 juillet 2017. (40)

La Communauté de Communes de Fontenay le Comte, informée dès le début du dispositif a publié un article dans son journal officiel « l'Info ». Cet article d'information du dispositif, distribué dans l'ensemble de la Communauté de Communes de Fontenay le Comte, n'a été publié qu'à la fin du stage, dans l'édition d'Octobre 2017. (41)

Enfin, le Conseil Départemental de la Vendée a publié un article dans son journal officiel « le Journal de la Vendée » dans son édition de décembre 2017. (53)

v. Le travail pédagogique

1. Les compétences attendues en médecine générale

Les stages de 3^{ème} cycle des études de médecine générale ont un rôle professionnalisant. Ils doivent permettre aux internes de se former aux différentes compétences exigibles d'un médecin généraliste. Ces compétences ont été étudiées et définies par le groupe de travail national des Niveaux de Compétence en médecine générale et le CNGE. (42),(43) Elles sont illustrées dans la marguerite des compétences, établie par le CNGE (cf. Annexe n°2). A l'issue du DES de médecine générale, un interne doit avoir acquis les compétences suivantes :

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

Elles sont une base identifiable au cours du cursus des internes pour évaluer la progression pédagogique, et pour certifier les aptitudes professionnelles des internes en fin de DES. Ces niveaux sont déclinés en Novice, Intermédiaire, et Compétent, eux même décrits de façon à ce qu'un évaluateur en supervision directe ou indirecte ou l'interne lui-même comprenne ce qui est attendu pour sa progression.

2. Les supervisions indirectes

Dès le début du stage, les consultations ont été menées en autonomie par l'interne. Les supervisions pédagogiques indirectes ont été initialement menées par les médecins seniors des urgences de façon aléatoire. Celles-ci étaient réalisées à la fin de la journée de travail de l'interne et consistaient en une revue systématique de chaque dossier des patients vus dans la journée. Les médecins urgentistes se sont tous investis dans ces supervisions sur des situations de médecine générale.

Nous avons pourtant rapidement réalisé que cette organisation présentait plusieurs inconvénients. L'aspect aléatoire du médecin senior des urgences réalisant la supervision rendait difficile une évaluation continue au fil du semestre des compétences de l'interne.

L'exercice de la supervision répondait à des exigences autres que les séniorisations habituellement réalisées dans le cadre des stages d'urgences. Les médecins du service d'urgence n'avaient pas réalisé la formation délivrée aux maîtres de stage de Praticien niveau 1 et SASPAS. Si l'aspect de gestion de premier recours / urgences était toujours abordé, d'autres éléments des situations cliniques étaient

difficilement évaluables dans ce contexte (approche centrée patient, communication, approche globale et complexité de la situation clinique, continuité, suivi, coordination des soins, éducation en santé, dépistage, prévention notamment).

Le Dr Senand, a dans les premières semaines de stage proposé de réaliser une supervision indirecte sur les situations cliniques vues en consultations au cabinet de SASPAS de Fontenay le Comte, au titre de médecin généraliste en ville et maître de stage. Il s'agissait d'apporter le regard essentiel de médecin généraliste de ville au regard du médecin urgentiste sur les consultations menées. Dans le cadre d'un cabinet de consultations au sein d'un service d'Urgences ayant vocation à réaliser des consultations de médecine générale, ces deux aspects de la médecine générale semblaient complémentaires et indissociables. Nous avons choisi par ailleurs de réserver la fonction de maître de stage et donc celle des supervisions indirectes parmi les médecins urgentistes au seul Dr Couillard, chef de service. Il s'agissait ainsi de garantir à l'interne un suivi personnalisé de ses compétences et de leur évolution au cours du semestre.

Les supervisions indirectes avaient lieu au cours des journées de stage, soit au sein du service d'urgences avec le Dr Couillard, soit au DMG avec le Dr Senand, soit par téléphone.

3. Les Groupes d'Echanges de Pratiques

Nous avons obtenu la possibilité, au titre de stage de SASPAS, de pouvoir intégrer les groupes de pratiques. Il s'agit de séances organisées au cours du semestre à raison d'une séance par mois, regroupant tous les internes de médecine générale en stage de SASPAS, répartis en groupes fixes de travail d'environ 10 internes chacun. Leur fonctionnement est similaire à celui des Groupes Pédagogiques d'Echanges de Pratiques organisées dans le cadre du stage de Praticien niveau 1, mais cette fois ci de façon autonome par les internes.

Les séances étaient organisées au DMG. Un enseignant était présent à chaque début et fin de séance. Il apportait son regard d'enseignant et de médecin généraliste sur les thèmes abordés, les recherches bibliographiques réalisées, et leurs applications. Il coordonnait également l'organisation des séances.

En dehors de ces temps, les séances étaient réalisées de façon autonome par les internes. Lors de chaque séance, étaient désignés :

- Un secrétaire de séance, prenant en note les situations annoncées, les problématiques qui en découlaient, les pistes réflexives choisies, mais aussi les retours sur les recherches bibliographiques réalisées entre les séances. Un compte rendu était transmis à chaque interne entre les séances.

- Un modérateur, chargé de structurer les séances et de veiller à répartir le temps de parole entre tous les intervenants

Chaque interne rapportait une situation clinique. Il racontait sa situation (histoire de la consultation, descriptions cliniques, problématiques liées à la situation, et les pistes réflexives qui en découlaient). Chaque situation était un support à une prise de parole collective pour tenter d'apporter des éléments de réponse. Les situations nécessitant une recherche complémentaire faisaient l'objet d'une question de recherche, définie, et répartie aux participants sur la base du volontariat.

Les pistes de recherche faisaient l'objet de recherches bibliographiques, dont la synthèse était également adressée à l'ensemble du groupe dans un délai permettant sa relecture avant la séance suivante.

La participation aux séances de GEP dans le cadre de notre expérimentation était un réel enjeu, et un atout primordial d'un point de vue théorique, complémentaire aux séances de supervision indirecte. Elle permettait une confrontation directe avec les autres internes en SASPAS conventionnel, et confirmait que les situations rencontrées relevaient de la médecine générale, et soulevaient des problématiques similaires.

C. Méthode d'évaluation des consultations menées en stage

i. Etude statistique

L'étude que nous avons menée sur ce projet était monocentrique, réalisée au sein du service des Urgences de Fontenay le Comte, et prospective. Il s'agissait d'un travail d'évaluation de cette nouvelle procédure de soins médicaux et de suivi de soins médicaux en soins primaires.

Lors de chaque consultation, les informations relatives au patient étaient notifiées dans deux bases de données. La première était le dossier médical des urgences. Chaque consultation venait compléter individuellement le dossier médical des urgences et était la base officielle indispensable à la réalisation du suivi médical, y compris en cas de nouvelle présentation aux Urgences hors cadre du cabinet de SASPAS.

Parallèlement, les informations relatives à la présente étude ont été recueillies via une feuille de recueil standardisée avec le patient :

Centre Hospitalier de Fontenay le Comte

Date : ____ / ____ / 2017

Service d'Accueil des Urgences

Lundi Mardi Jeudi

Etude d'un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée adjacent aux Urgences de Fontenay le Comte

Fiche de recueil à visée STATISTIQUE

Fiche patient

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : H F

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Code postal du lieu de résidence habituel : _____

Heure d'arrivée : ____ h ____

TELEPHONE : _____

Activité professionnelle :

Mode de consultation : (Prise de rendez-vous à l'accueil ou Orientation par IAO)

Avez-vous un médecin traitant ? _____ OUI NON

Votre dernière consultation avec un médecin généraliste remonte à :

<1 semaine

7-15 jours

15j – 1 mois

1 – 3 mois

3 – 6 mois

6 – 12 mois

> 1 an

Diagnostic retenu / code CIM 10

Patient reconvoqué ? _____ OUI NON

Nb. Du fait de l'exercice au sein du service des urgences de Fontenay le Comte et de l'utilisation du logiciel métier des Urgences pour inscrire les éléments médicaux dans le dossier médical des patients,

nos consultations étaient toutes codées selon la classification CIM 10. Par souci de reproductibilité du fonctionnement expérimental du cabinet de SASPAS, nous avons choisi de représenter l'activité du cabinet via cette même classification. (44)

Il s'agissait de constituer une base de données exploitable à des fins d'évaluation statistique du dispositif. Le présent dispositif de consultation était présenté aux patients comme expérimental dans le cadre d'un stage de médecine générale. Lors des premières minutes de chaque première consultation avait lieu une recherche de consentement oral au recueil pour une utilisation statistique de ces informations dans ce cadre. Les patients étaient inclus dans l'étude s'ils acceptaient le recueil d'informations à visée statistique (ou bien leur représentant légal si besoin). Les patients étaient exclus de l'étude dans le cas contraire.

Chaque consultation était codée afin d'anonymiser les données. L'ensemble des données nécessaires à notre étude était issu exclusivement des consultations médicales menées au cabinet de SASPAS.

Sur l'ensemble des patients reçus en consultation, un seul patient n'a pas accepté de répondre aux questions de l'entretien clinique initial, refusant par la même occasion l'organisation de la consultation. Il n'a donc pas été inclus dans l'étude. Tous les autres patients ont accepté de répondre aux questions de l'étude. Chaque consultation était ensuite codée par un numéro suivant l'ordre de passage au cours du semestre. Ce codage a permis d'anonymiser la base de données patients, en vue de l'exploitation secondaires des données médicales des consultations.

Dans ce contexte, avec un recueil prospectif de données « habituellement nécessaires à la pratique de soins, et collectées avec des outils habituellement utilisés dans le cadre des pratiques de soins », conformément aux recommandations du Comité d'Ethique du Collège national des Généralistes Enseignants, nous n'avons pas saisi CPP. (45)

ii. Etude de cas cliniques

En 2013, un article de la Revue Exercer a été consacré aux grandes familles de situations cliniques auxquelles un interne de médecine générale doit avoir été confronté au cours de son internat, dans un but d'évaluation de ses performances et de ses compétences. Une liste de 11 familles de situations cliniques a été élaborée à partir d'un consensus non formalisé d'experts enseignants de médecine générale. (47)

Toutes les grandes familles de situations cliniques ont été rencontrées au cours des 481 consultations menées. Celles-ci ont fait l'objet de supervisions indirectes dans le cadre de la rétroaction pédagogique du stage de SASPAS. Ces familles de situations sont :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prevalence.
2. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
7. Situations de problèmes de santé et où de souffrance liées au travail
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques / médico-légaux sont au premier plan
9. Situations avec des patients difficiles / exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

Nous avons choisi de retranscrire 11 situations cliniques correspondant chacune à au moins une de ces grandes familles. L'objectif était de compléter notre description de notre expérience, et d'illustrer la complexité des situations cliniques.

III. RESULTATS

III. Résultats

A. Mesure de l'activité du cabinet au cours du semestre

Tableau n°1 : Nombre de consultations réalisées au cours du semestre

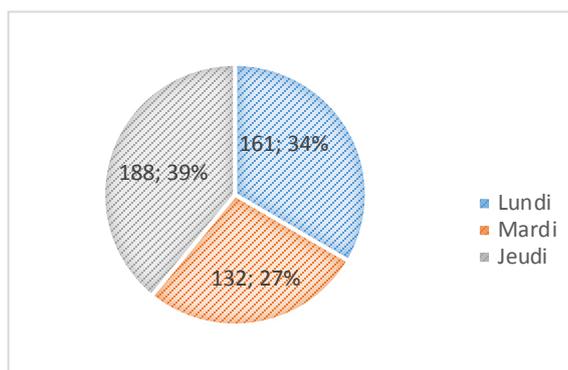
Période (2017)	Nombre de jours de stage réalisés	Nombre total de consultations	Nombre moyen de consultations par jour
Mai	11	75	7
Juin	10	80	8
Juillet	10	99	10
Août	7	47	7
Septembre	10	84	8
Octobre	11	96	9
Mai à Octobre	59	481	8

Au cours du semestre, 59 journées de consultations ont été effectuées. 481 consultations ont été réalisées. En moyenne sur l'ensemble du semestre, 8 consultations étaient effectuées par journée de stage. Le minimum a eu lieu le 24 août 2017 (3 consultations). Le nombre de consultations a excédé 12 consultations à une seule reprise, le 20 juillet 2017, avec 16 consultations.

La plus grosse activité a été réalisée au cours du mois de Juillet, avec pour 10 jours de stage une moyenne de 10 consultations par jour.

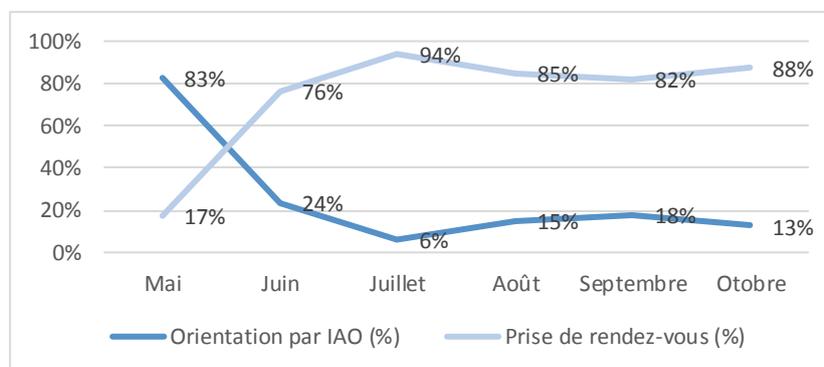
Les mois de plus faible activité étaient le mois de mai (pour 11 jours de stage, moyenne de 7 consultations par jour), et août (pour 7 jours de stage, moyenne de 7 consultations par jour).

Figure n°1 : Répartition des consultations selon le jour de la semaine



Les consultations avaient lieu le lundi, mardi, et jeudi. La figure 1 décrit la répartition des consultations réalisées au cours du semestre en fonction du jour de la semaine.

Figure 2 : Evolution des modes d'admission en consultation



Lors de la création du stage en mai 2017, la majorité des patients étaient adressés par l'IAO des urgences, et la part de prise de rendez-vous était marginale (respectivement 83% et 17%). A partir du mois de juin, la tendance s'est nettement inversée, avec une majorité de prise de rendez-vous spontanée des patients, et une faible proportion d'adressages par l'IAO.

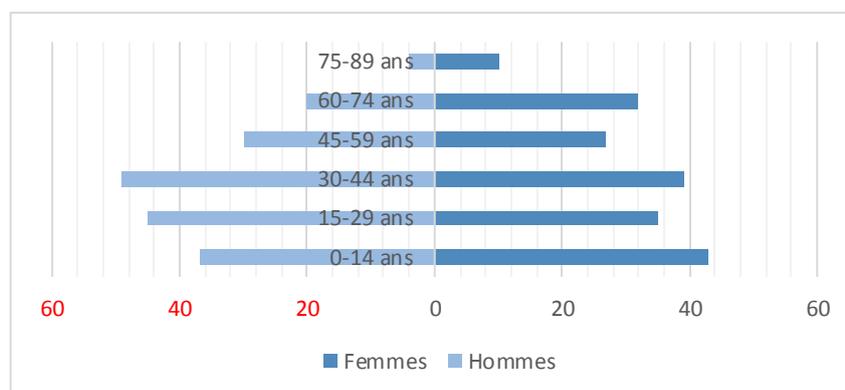
B. Description socio démographique de la patientèle du cabinet

Tableau n°2 : Répartition des patients selon leur genre et âge

Tranches d'âges (ans)	Femmes	Hommes	Total général
0-14	43	37	80
15-29	35	45	80
30-44	39	49	88
45-59	27	30	57
60-74	32	20	52
75-89	10	4	14
Total général	186	185	371

371 patients ont été vus en consultation au cours du semestre. Il y avait autant d'hommes que de femmes (respectivement 185 et 186).

Figure n°3 : Pyramide des âges des patients vus en consultation



Les patients vus en consultation avaient en moyenne 35 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 33 ans. La moyenne d'âge des hommes était de 37 ans. La figure 3 décrit la répartition des patients selon leur âge et leur genre.

Figure n°4 : Proportion de patients vivant en Vendée

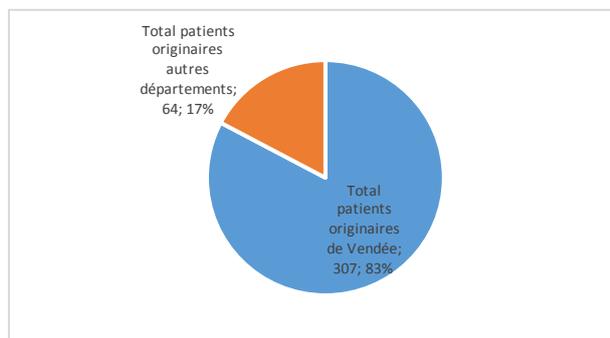
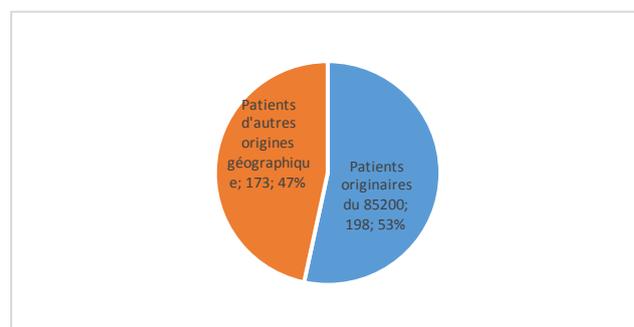
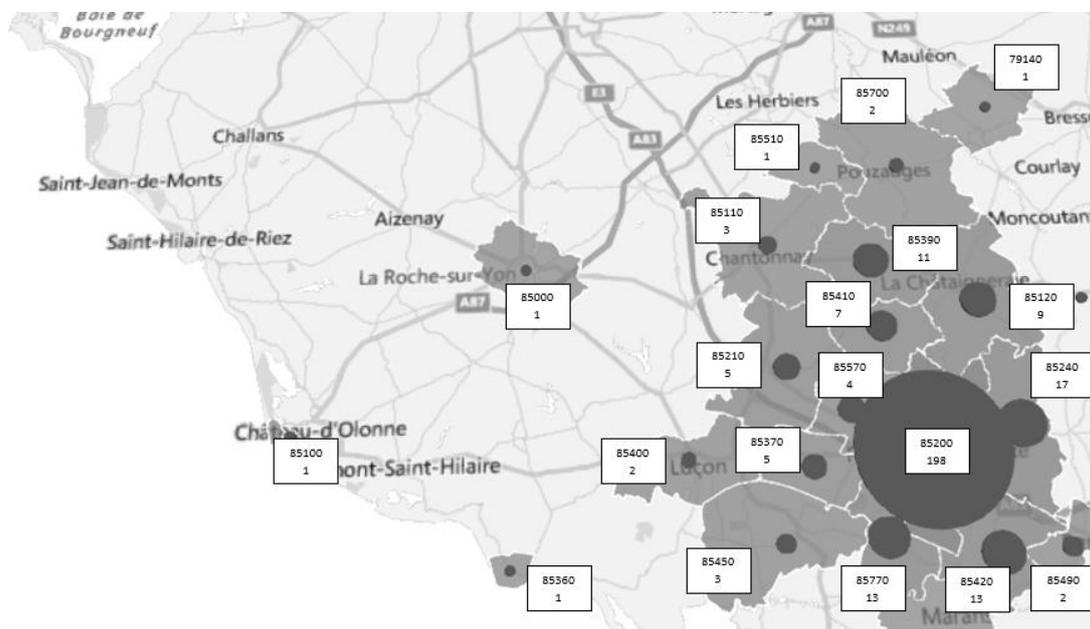


Figure n°5 : Proportion de patients vivant dans une commune ayant le code postal 85200



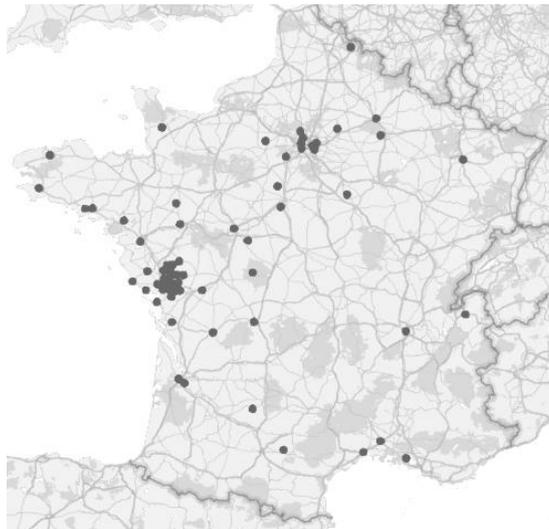
83% des patients étaient originaires de Vendée. (cf. figure n°4). Plus de la moitié des patients vus en consultation étaient originaires d'une commune dont le code postal était 85200 (cf. figure n°5). Ces communes sont Fontenay le Comte, Saint Michel le Cloucq, Mervent, Pissotte, Sérigné, Longèves, Fontaines, L'Orbrie, Saint-Martin-de-Fraigneau, Doix, Montreuil, Bourneau, Chaix, et Saint Médard des Prés. (cf. Annexe 3 : Carte Administrative 2017 de la Vendée).

Carte n°1 : Origine géographique des patients vendéens



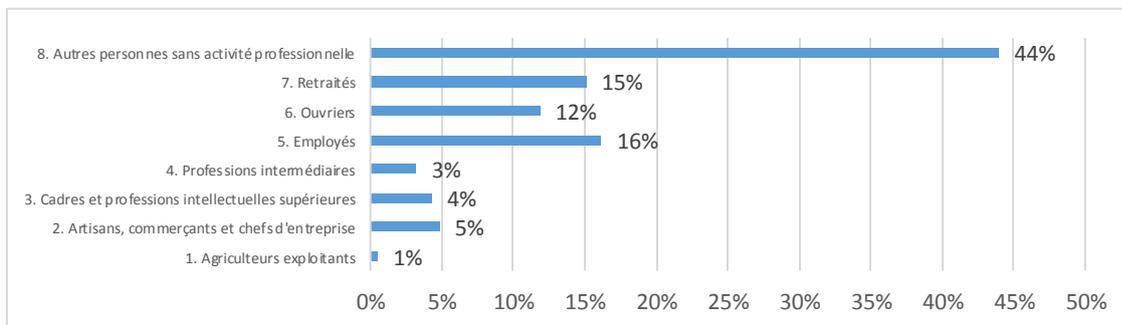
La carte n° 1 met en évidence que la majorité des patients Vendéens ayant consulté au cabinet de SASPAS étaient originaires de l'arrondissement de Fontenay le Comte.

Carte n°2 : Origine géographique des patients en France



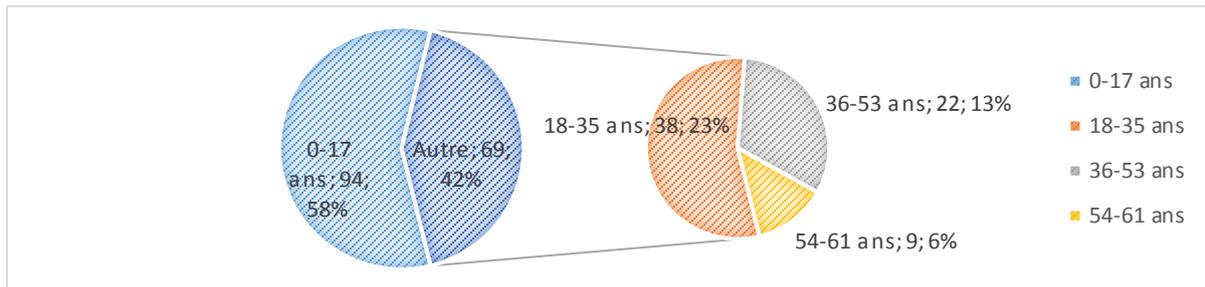
La carte n°2 met en évidence la diversité des régions d'origine des patients vus en consultation dans le cabinet de SASPAS. La majorité de ces régions d'origine se situe dans le quart Nord-Ouest de la France.

Figure n°6 : Catégories socio professionnelles des patients vus en consultation



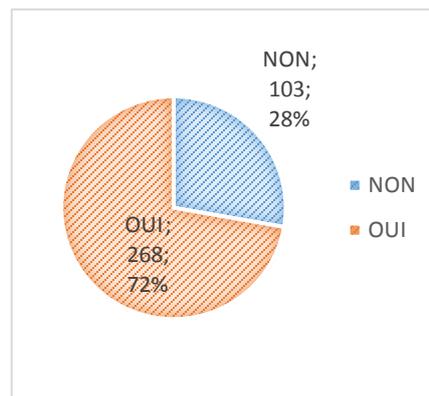
Nous avons représenté la population des patients vus en consultation selon leur catégorie socio professionnelle d'après la nomenclature PCS 2003 établie par l'INSEE. (46) La figure n°6 met en évidence la répartition des groupes socioprofessionnels des patients vus en consultation au cabinet de SASPAS. Les groupes 1 (Agriculteurs exploitants), 2 (Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise), 3 (Cadres et professions intellectuelles supérieures, et 4 (Professions intermédiaires) ne représentent en tout que 13% des patients (48 patients). Les groupes 5 (employés), 6 (ouvriers), et 7 (retraités) représentent en tout 43% des patients (160 patients). Enfin, la catégorie 8 (autres personnes sans activité professionnelle) représente à elle seule 44% des patients (163 patients).

Figure n°7 : Âge des patients du groupe 8 de la PCS 2003 (autres personnes sans activité professionnelle)



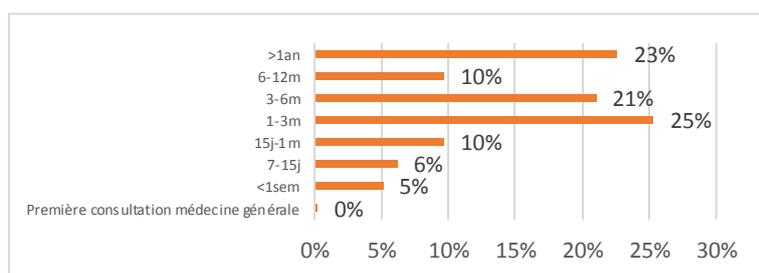
Parmi les patients du groupe PCS 2003 n°8 (autres personnes sans activité professionnelle), 58% (94 patients) étaient des patients de <18 ans. Les 42% sans activité professionnelle restants (69 patients) étaient des patients majeurs.

Figure n°8 : Existence d'un médecin traitant déclaré pour les patients vus en consultation



Sur l'ensemble des 371 patients vus en consultation, 28% (103 patients) n'avait pas de médecin traitant déclaré.

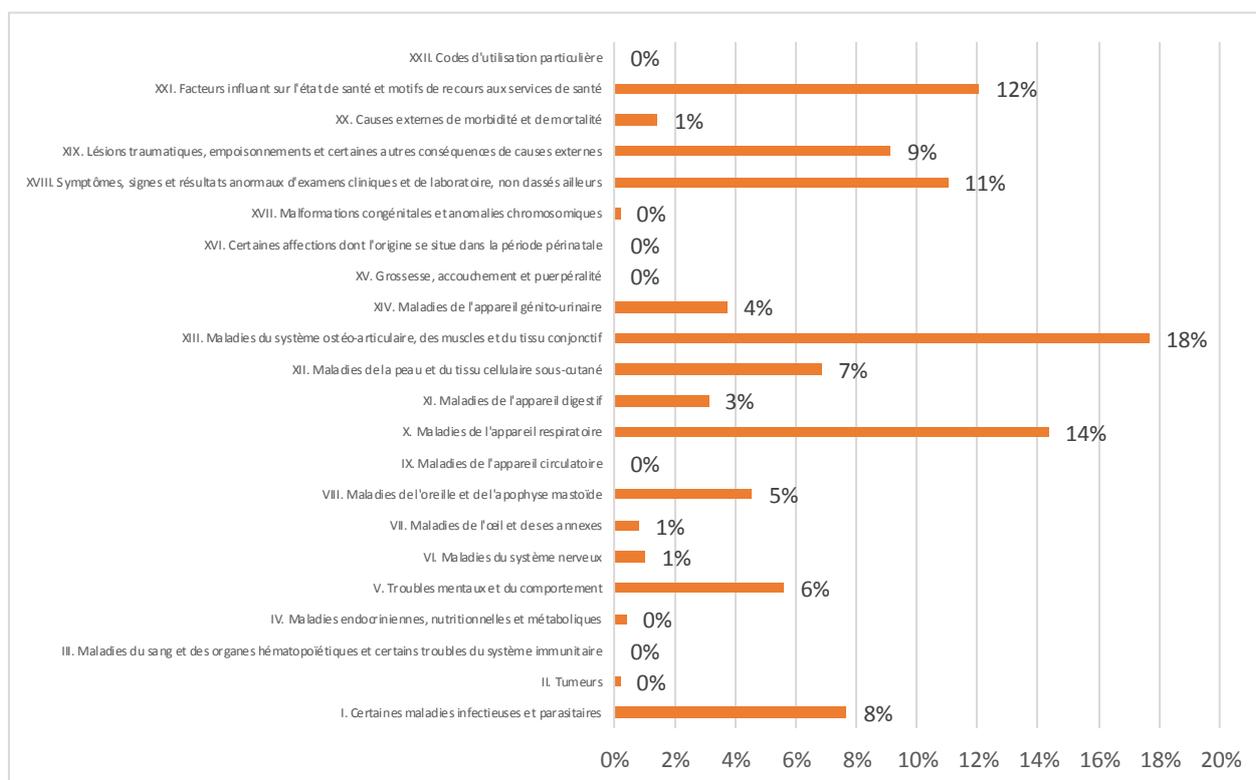
Figure n°9 : Temps écoulé depuis la dernière consultation avec un médecin généraliste



La figure n°9 représente le temps écoulé entre la dernière consultation du patient avec un médecin généraliste et sa première consultation dans le cabinet de SASPAS. Un quart des patients avait vu un médecin généraliste entre 1 et 3 mois avant sa première consultation au cabinet, 23% n'avait pas eu de consultation depuis plus d'1 an, et 21% depuis 3 à 6 mois.

C. Description des consultations menées selon la classification CIM 10

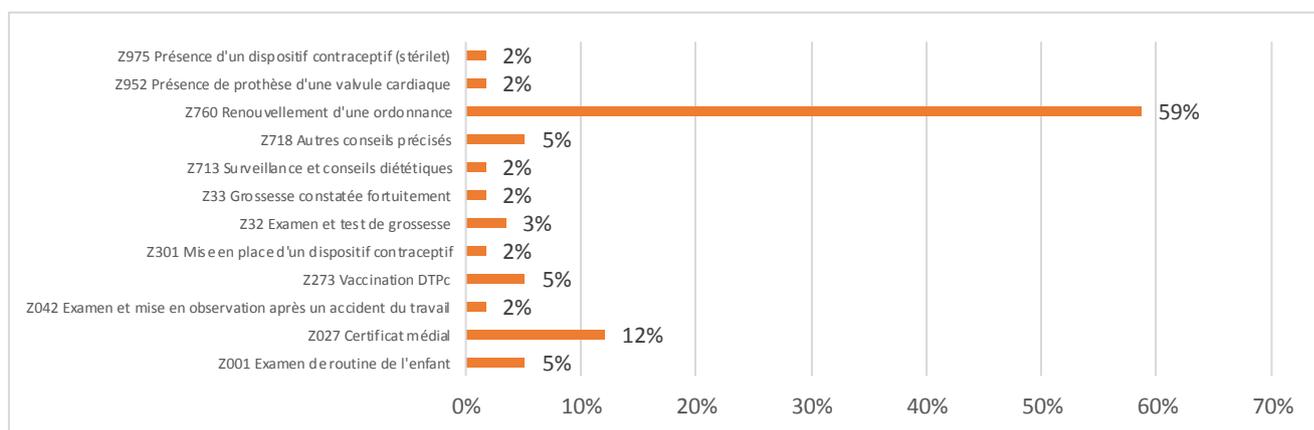
Figure n°10 : Codifications CIM10 de l'ensemble des consultations réalisées



La figure n° 10 présente la répartition de l'ensemble des 481 consultations menées selon la classification CIM 10. 18% des consultations (85) concernaient « les maladies du système ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif » ; 14% (69) « les maladies de l'appareil respiratoire » ; 11% (53) « les

symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » ; et 12% (58) « les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ».

Figure n°11 : Zoom sur les consultations de la classe XXI de la CIM 10 : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé



Parmi les 58 consultations codées en « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », la majorité (59%, 34 consultations) était codée Z760, c'est-à-dire « Renouvellement d'une ordonnance ». Cela représente 7% de l'ensemble des consultations menées.

D. Evolution des reconvoctions et des consultations de suivi au cours du temps

Un de nos objectifs dans l'élaboration d'un cabinet de médecine générale, en particulier dans le cadre d'un stage de SASPAS, était de proposer et d'assurer un suivi des patients au cours du semestre. Nous avons choisi d'étudier l'évolution des reconvoctions des patients au cours du temps, qui est un reflet de l'évolution de cette démarche de suivi de soins dans la formation médicale de l'interne.

Figure n°12 : Evolution des reconvoctions pendant le stage

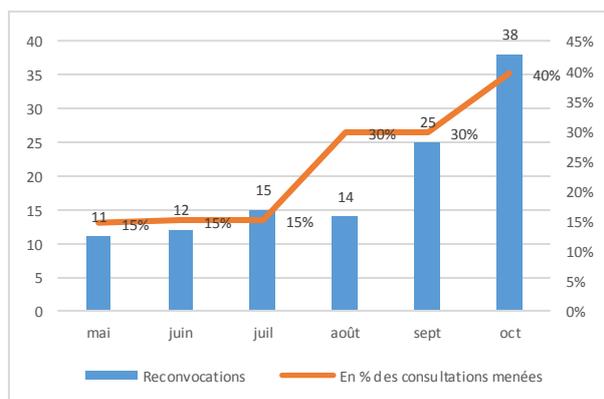
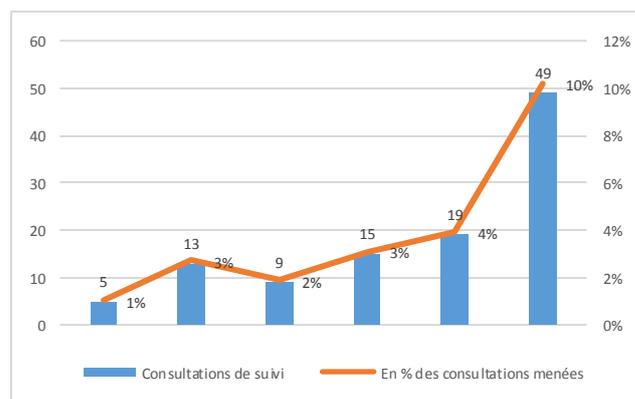


Figure n°13 : Evolution du nombre de consultations de suivi pendant le stage



La figure n°12 met en évidence que les reconvoctions de patients ont progressivement augmenté au cours du stage, passant de 15% des consultations en mai et juin à 40% des consultations en octobre.

Parallèlement, nous avons étudié l'évolution du nombre de consultations de suivi au cours du semestre. La figure n°13 met en évidence qu'à l'exception du mois de juillet, les consultations de suivi ont occupé une place de plus en plus importante dans l'activité du cabinet. Leur nombre était 10 fois plus important en octobre qu'en mai, passant de 1% à 10% des consultations au cours du semestre.

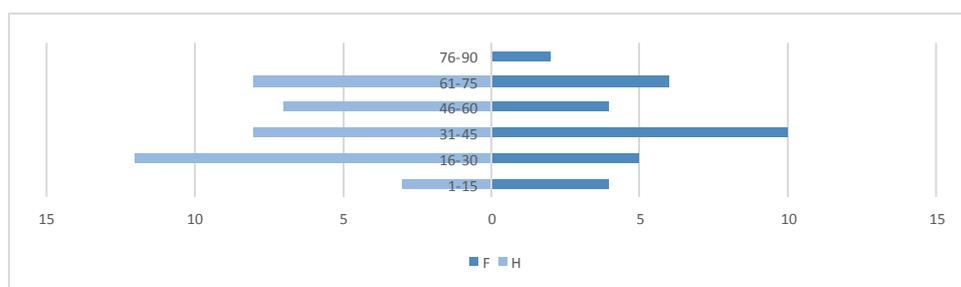
E. Description socio démographique des patients suivis

Tableau n°3 : Répartition des patients suivis selon leur genre et leur âge

Tranches d'âge	Femmes	Hommes	Total général
1-15	4	3	7
16-30	5	12	17
31-45	10	8	18
46-60	4	7	11
61-75	6	8	14
76-90	2		2
Total général	31	38	69

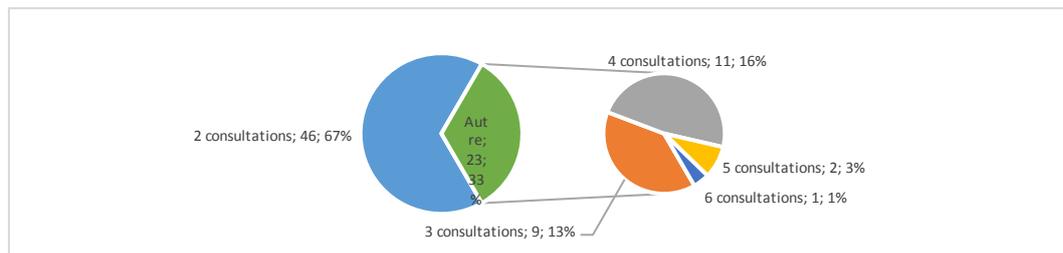
Parmi les patients suivis, il y avait 31 femmes, et 38 hommes.

Figure n°14 : Pyramide des âges des patients suivis



Les patients suivis avaient en moyenne 40 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 42 ans. La moyenne d'âge des hommes était de 39 ans. La figure n°14 décrit la répartition des 69 patients suivis selon leur âge et leur genre.

Figure n°15 : Répartition des patients suivis selon leur nombre de consultations au cabinet SASPAS



Sur les 371 patients du cabinet, 69 patients ont été vus au moins deux fois en consultation au cours du semestre.

La figure n°15 met en évidence que 46 patients ont été vus 2 fois, 9 patients 3 fois, 11 patients 4 fois, 2 patients 5 fois, et 1 patient 6 fois au cours du semestre. Sur l'ensemble du semestre, 110 des 481 consultations (23%) étaient donc des consultations de suivi de ces patients.

Figure n° 16 : Proportion de patients suivis vivant en Vendée

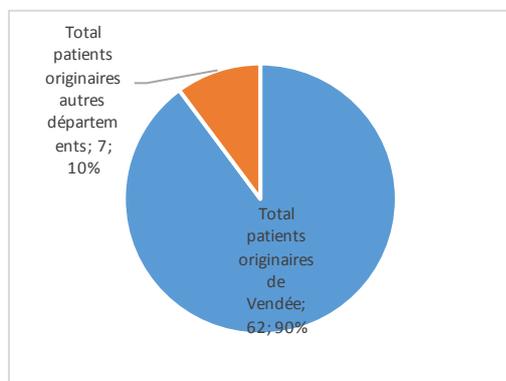
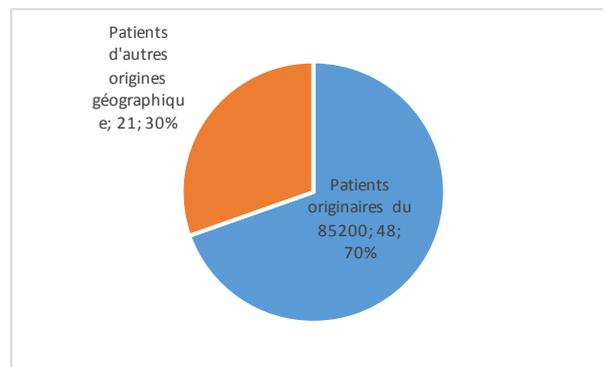


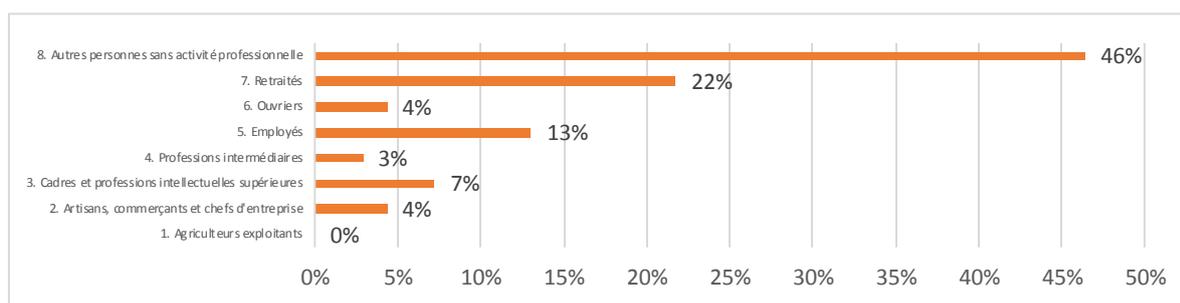
Figure n°17 : Proportion de patients suivis vivant dans une commune ayant le code postal 85200



90% des patients suivis étaient originaires de la Vendée. (62 patients)

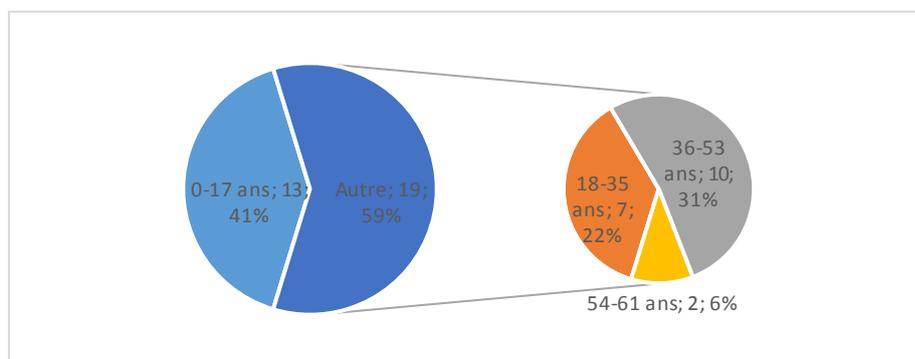
70% des patients suivis vivaient dans une commune ayant le code postal 85200 (48 patients). (Rappel : Ces communes sont Fontenay le Comte, Saint Michel le Cloucq, Mervent, Pissotte, Sérigné, Longèves, Fontaines, L'Orbrie, Saint-Martin-de-Fraigneau, Doix, Montreuil, Bourneau, Chaix, et Saint Médard des Prés) (cf. Carte Administrative de la Vendée en annexe n°3)

Figure n°18 : Catégories socio professionnelles des patients suivis



La figure n°18 met en évidence la répartition des groupes socioprofessionnels des patients suivis d'après la classification PCS 2003 (46). Les groupes 1 (Agriculteurs exploitants), 2 (Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise), 3 (Cadres et professions intellectuelles supérieures, et 4 (Professions intermédiaires) ne représentent en tout que 14% des patients (10 patients). Les groupes 5 (employés), 6 (ouvriers), et 7 (retraités) représentent en tout 39% des patients (27 patients). Enfin, la catégorie 8 (autres personnes sans activité professionnelle) représente à elle seule 46% des patients (32 patients).

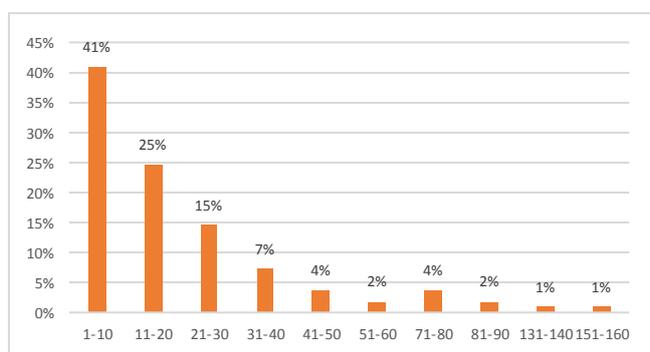
Figure n°19 : Âge des patients suivis du groupe 8 de la PCS 2003 (autres personnes sans activité professionnelle)



Parmi les 32 patients suivis du groupe PCS 2003 n°8 (autres personnes sans activité professionnelle), 41% (13 patients) étaient des patients de <18 ans. Les 59% sans activité professionnelle restants (19 patients) étaient des patients majeurs.

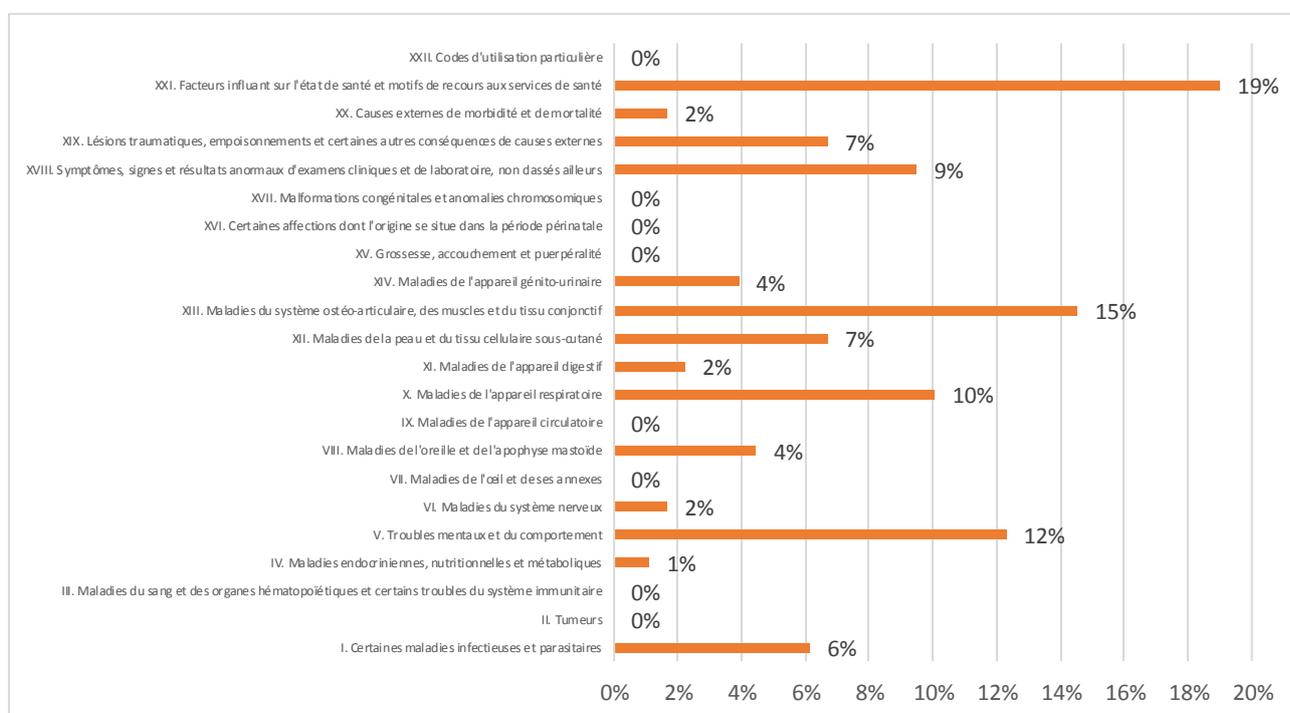
F. Description des consultations de suivi

Figure n°20 : Délai en jours avant la consultation de suivi



La figure n°20 présente la répartition des consultations de suivi, selon le temps qui les séparaient de la précédente consultation avec le patient. 41% des consultations de suivi avaient lieu dans la semaine suivant la précédente consultation, 25% dans les deux semaines et 15% entre 3 semaines et 1 mois. Nous pouvons remarquer que certains patients étaient revus dans un délai beaucoup plus long (jusqu'à 5 mois après la précédente consultation).

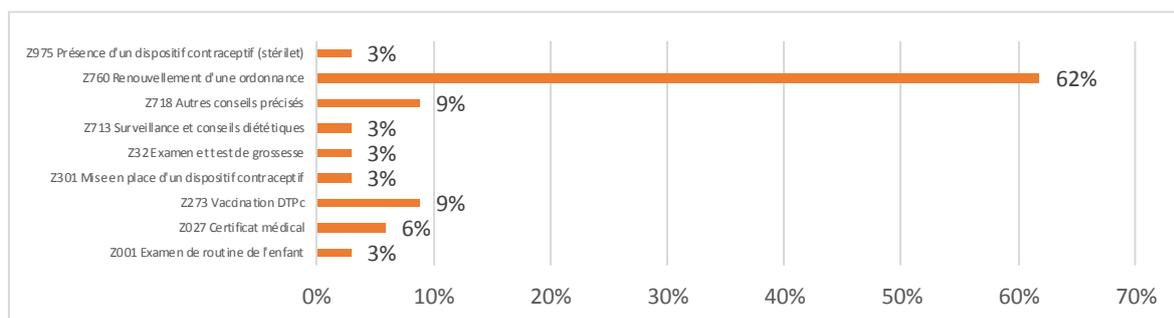
Figure n°21 : Codifications CIM10 de l'ensemble des consultations des patients suivis



La figure n° 21 présente la répartition de l'ensemble des 179 consultations des patients suivis selon la classification CIM 10 (44). 10% (18) concernaient « les maladies de l'appareil respiratoire » ; 12%

(22) « les troubles mentaux et du comportement », 15% (26) « les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif », 19% (34) « les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

Figure n°22 : Zoom sur les consultations de la classe XXI de la CIM 10 : « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé” pour les consultations des patients suivis



Parmi les 34 consultations codées en « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », la majorité (62%, 21 consultations) était codée Z760, c'est-à-dire « Renouvellement d'une ordonnance ». Cela représente 10% de l'ensemble des 179 consultations des patients suivis.

G. Exemples de consultations menées

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence.

Exemple rencontré : *Un jeune patient prend rendez-vous pour un renouvellement de son traitement habituel. Il a un antécédent de cardiopathie congénitale opérée. Son traitement comprend un antiagrégant plaquettaire et un IEC. Il voyage beaucoup et n'a pas de médecin traitant. Il explique être très attentif à effectuer un suivi médical régulier tous les mois chez un médecin généraliste et a un suivi régulier par son cardiologue. Il n'observe pas correctement son traitement, en particulier son IEC. Une difficulté de cette consultation était d'exploiter au mieux l'éducation thérapeutique, les enjeux de l'observance étant considérables chez ce jeune patient. Il est apparu en supervision indirecte qu'une possibilité était d'interroger le patient sur ses connaissances physiopathologiques de sa pathologie, pharmacologiques de son IEC, et de l'effet thérapeutique attendu.*

2. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires

Exemple rencontré : *Une patiente de 50 ans consulte pour la troisième fois au cabinet pour douleurs abdomino pelviennes. Elle n'a pas d'antécédent médico chirurgical notable. Elle présente des douleurs pelviennes depuis environ 3 mois (pesanteur du rectum, douleurs le long du cadre colique). Elles sont soulagées par l'émission de gaz et de selles. Elle a consulté plusieurs médecins généralistes différents. Un Gastro Entérologue a réalisé un bilan, avec notamment une coloscopie, un bilan biologique complet, et une échographie abdominale. L'ensemble du bilan est rassurant. La situation sociale est précaire. Cette situation a fait l'objet d'une question de recherche en GEP sur l'abord des douleurs périnéales en consultation de médecine générale.*

3. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Un jeune homme prend rendez-vous pour asthénie marquée et une fièvre ne cédant pas à la prise de Paracétamol. Il rentre d'un voyage en Amérique du Sud lors duquel il a fréquenté des zones d'endémie pallustre, et n'a suivi aucune mesure de prophylaxie. Il est fébrile à 41 °C, sa tension artérielle est de 95/60mmHg, et sa fréquence cardiaque à 120bpm. L'examen clinique ne retrouve aucun autre point d'appel par ailleurs. La BU est négative. La décision est prise de l'adresser dans le circuit conventionnel des urgences pour que soit pratiqué un bilan complémentaire en urgence. L'ensemble du bilan réalisé revient négatif. Le patient est hospitalisé. Un diagnostic de leptospirose est évoqué a posteriori le patient expliquant s'être baigné en eaux sauvages à son retour de vacances. Lors de la supervision indirecte réalisée aux Urgences, l'accent a été porté sur l'importance d'un entretien très poussé afin de recueillir le moindre indice sur une porte d'entrée infectieuse.

L'exposé de cette situation en GEP a également été l'occasion d'évoquer collectivement l'importance d'un entretien médical complet et bien mené pour l'orientation à suivre de la prise en charge.

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Une maman prend rendez-vous pour son enfant, un nourrisson de 20 mois pour la seconde fois, dans le cadre du suivi d'un syndrome viral avec fébricule + toux sèche + rhinopharyngite. La toux a évolué et est alors plus grasse, et l'enfant présente des difficultés à l'expectoration. Il ne présente cliniquement aucun critère de gravité. L'auscultation retrouve quelques ronchi et sibilants bilatéraux faisant évoquer une bronchite aigue. Un traitement symptomatique est prescrit, ainsi qu'un traitement par corticoïdes

inhalés sur une durée courte. Lors de la supervision indirecte, a été évoquée la possibilité d'effectuer en cabinet un test thérapeutique par un traitement Beta-2-Mimétique à courte durée d'action (ex. Salbutamol), via une chambre d'inhalation dans cette situation. L'enjeu était d'envisager un traitement plus sélectif en cas de réponse positive au test.

5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité

Une femme de 40 ans consulte pour une lombalgie aiguë. Elle est obèse, fumeuse, et a un antécédent lombalgies chroniques. Son traitement habituel se résume à sa pilule oestro-progestative. L'entretien et l'examen clinique concluent à une lombalgie basse commune pour laquelle un traitement symptomatique et des consignes hygiéno-diététiques sont proposés. La consultation est l'occasion d'aborder le risque cardiovasculaire de cette patiente, de parler diététique, activité physique, d'évoquer le sevrage du tabac, et enfin de proposer une modification de la contraception. L'organisation du cabinet permet dans cette situation une telle consultation prolongée. Au terme de la consultation, la patiente choisit une modification de sa contraception par un DIU au cuivre. Celui-ci sera posé en consultation par l'interne de SASPAS dans un local adapté confié par le chef de service de gynécologie, puis contrôlé cliniquement trois mois plus tard au cabinet de SASPAS. Cette situation clinique a été étudiée en supervision indirecte, et était un des supports à l'étude du suivi à moyen terme durant le stage.

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Un patient de 60 ans prend rendez-vous pour demande de constatation médicale de coups et blessures. Il n'a pas de médecin traitant. Il explique avoir été maltraité par un proche de sa famille. Il explique que ces violences sont récurrentes et sources d'angoisses. Il souhaite déposer une plainte aux autorités publiques. Il présente un antécédent de syndrome dépressif caractérisé non suivi. Il suit un traitement antidépresseur et anxiolytique. La consultation a permis, outre l'établissement d'un certificat médical descriptif, d'entamer un suivi médical sous forme d'une thérapie de soutien au cours du semestre, et de mettre le patient en lien avec les acteurs sociaux du territoire.

7. Situations de problèmes de santé et où de souffrance liées au travail

Un patient de 60 ans prend rendez-vous pour asthénie et troubles de l'humeur depuis plusieurs semaines. Il n'a aucun antécédent médical ou chirurgical notable. Il ne prend aucun traitement. Il travaille dans le secteur de l'audiovisuel. Il travaille sur un projet très important pour lui débuté depuis 4 mois. Ce projet représente une source significative de revenus. Il explique être le seul à pouvoir le mener à terme. Il doit vivre plusieurs mois loin de son domicile et de sa famille. Il travaille en moyenne

12 heures par jour et n'aurait pas pris le moindre jour de repos depuis 1 mois. Il travaille tard sur son ordinateur. Il décrit un sentiment d'asthénie intense, de baisse de moral, et de perte de l'élan vital. Il n'a pas d'idées suicidaires. Il accepte d'entamer un suivi médical au cabinet de SASPAS. Il accepte la prescription d'un arrêt de travail. Les consultations de suivi prennent la forme d'une thérapie de soutien. En l'absence de critère de gravité, ce suivi aura été intégralement géré par l'interne de SASPAS.

8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques / médicolégaux sont au premier plan

Un patient de 40 ans prend rendez-vous pour toux grasse depuis 72 heures. Il a un antécédent de pneumopathie franche lobaire aigue, et une poly addiction. L'entretien et l'examen clinique mettent en évidence une bronchite aigue pour laquelle un traitement symptomatique est entamé. Au terme de la consultation, il présente un document d'injonction de soins devant être signé par un médecin dans le cadre d'un suivi médical. Le patient n'a pas de médecin traitant. La question de l'addiction en particulier à l'alcool est abordée et le patient accepte initialement un premier rendez-vous en addictologie et un bilan biologique standard, tout en rejetant verbalement l'idée d'un sevrage. Au terme de plusieurs entretiens, il décidera d'entamer un sevrage en alcool. Le suivi sera poursuivi à intervalle court, et un traitement médicamenteux sera débuté pour prévenir les complications liées au sevrage.

9. Situations avec des patients difficiles / exigeants

Une patiente de 70 ans consulte pour asthénie depuis plusieurs mois. Elle a un antécédent de syndrome anxio-dépressif et de thyroïdectomie et suit un traitement par Levothyroxine et Lexomil. Depuis environ 15 jours elle prend la nouvelle version du médicament. Depuis environ 10 jours, elle présente une majoration de son anxiété et se réveille chaque nuit avec des cauchemars. Inquiète que l'origine ne soit le changement de sa Levothyroxine, elle a fait pratiquer une prise de sang au laboratoire (sans ordonnance de son médecin traitant) pour contrôler : TSH, T3 libre et T4 libre (qui par ailleurs ne présentait pas d'anomalie). Elle exige une prescription immédiate de gouttes de Levothyroxine faute de quoi elle menace de porter plainte et de signer une décharge expliquant qu'elle refuse de suivre son traitement. Une proposition de majoration du traitement anxiolytique est initialement faite, ainsi qu'un bilan complémentaire de son asthénie. La patiente refusera le suivi proposé et poursuivra son suivi médical avec son médecin traitant. La rétroaction pédagogique était primordiale dans cette situation pour discuter des techniques de communication avec cette patiente, notamment pour éviter la rupture de soins.

10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Un patient de 40 ans consulte pour un renouvellement de son traitement habituel. Il n'a plus de médecin traitant depuis 1 an. Il est sans activité professionnelle, du fait d'une invalidité due à une pathologie congénitale. Il est diabétique de type 2, et suit un traitement par antidiabétiques oraux qu'il dit bien observer. Il présente une biologie datant de plusieurs mois, et faisant état d'une HbA1c supérieure à 10%. Son alimentation est déséquilibrée et très irrégulière. Il vit en foyer social. Il est bénéficiaire de la CMUc. Initialement, une modification thérapeutique a été initiée, ainsi qu'un bilan biologique complet et une tentative de reprise de l'éducation thérapeutique. Plusieurs rendez-vous ont été manqués, et il est apparu que l'observance était difficile. Une hospitalisation en diabétologie a été proposée et acceptée par le patient, puis planifiée. Un bilan complémentaire complet a été pratiqué, une reprise du suivi en diabétologie, et une modification thérapeutique avec notamment instauration d'une insulinothérapie. Au terme du suivi, le patient a trouvé un médecin traitant avec lequel le suivi sera poursuivi. La supervision indirecte a été ici primordiale dans la discussion sur la véracité du diagnostic de diabète de type 2, sur les options thérapeutiques disponibles, et sur la possibilité d'une hospitalisation, notamment du fait du contexte social précaire et du risque de complications.

11. Situations avec des patients d'une autre culture

Un patient de 16 ans consulte pour troubles du sommeil depuis environ 3 semaines. Il est originaire d'un pays africain. Il a immigré en France il y a 7 mois. Il n'a pas d'antécédent médical particulier et ne prend aucun traitement. Il explique présenter des troubles du sommeil récurrents avec réveils nocturnes. Lors de l'entretien, il explique que toute sa famille est restée vivre dans son pays d'origine. Il parvient à garder un contact régulier par téléphone. Il accepte avec enthousiasme de parler du parcours qui l'a mené jusqu'ici. Il cherche dans son téléphone toutes les photographies des étapes de son trajet. Il avoue être préoccupé par la santé de sa famille et regrette de ne pas pouvoir assez partager avec eux désormais. Il consultera plusieurs fois au cabinet. Les motifs de consultation varieront, de la traumatologie aux syndromes infectieux bénins. Chaque consultation sera surtout l'occasion de mener une thérapie de soutien, et de suivre avec les acteurs sociaux l'avancée de ses projets. Ces consultations ont été revues en rétroaction pédagogique et ont pointé l'intérêt du suivi médical au-delà de la prise en charge des troubles purement organiques.

IV. DISCUSSION

IV. Discussion

A. Les points forts du stage

i. Une offre nouvelle en médecine générale dans le territoire

Le cabinet de consultation de SASPAS s'est révélé être une offre à la fois totalement nouvelle pour les patients, mais finalement rapidement adoptée, tant ce qui devrait être un droit à l'accès à la médecine générale est devenu une chance pour certains, et une source majeure d'inquiétude pour d'autres.

Le support que représentait le Service d'Accueil des Urgences a permis de palier initialement à la méconnaissance du dispositif par les patients. Dans le contexte de pénurie de médecins généralistes sur un territoire aussi vaste que celui de l'arrondissement de Fontenay le Comte, le service des Urgences est devenu un recours naturel pour les demandes de consultations de médecine générale. En 6 mois, 371 patients y ont eu recours. Les consultations avaient lieu le lundi, mardi, et jeudi avec une répartition similaire des recours entre ces trois jours.

Nous avons choisi de ne différencier que les patients orientés par l'IAO de ceux ayant pris rendez-vous. Pour ces derniers, les facteurs ayant guidé leur choix étaient multiples et peu reproductibles. De nombreux patients étaient orientés par les secrétariats de médecine générale de ville et/ou par les pharmaciens de ville ; certains ont entendu parler du cabinet par leur entourage ; d'autres ont vu l'information dans la presse. Souvent plusieurs voies d'information étaient combinées. Cette adoption du dispositif et cette circulation de l'information témoignent d'un travail commun dans le territoire avec un but collectif de santé publique.

Le bon fonctionnement du cabinet reposait sur l'organisation par prise de rendez-vous. Ils étaient programmés toutes les demi-heures via l'agenda de l'interne, également accessible par les IAO et les secrétaires des Urgences en cas d'absence. Ce fonctionnement a permis de garantir l'autonomie du cabinet par rapport aux demandes de ville et au flux des urgences, et de se positionner comme une offre complémentaire. Cette indépendance permettait de gérer le temps dédié aux consultations en fonction des besoins (exemples : pathologies chroniques complexes, polyopathologies, thérapies de soutien, etc.) L'objectif n'était pas quantitatif mais qualitatif pour les patients et pour la formation de l'interne. Cet élément a été parfaitement accueilli par le personnel des Urgences, y compris en cas d'activité intense dans le circuit conventionnel. Il a d'ailleurs été exploité à l'identique quel que soit l'activité par les IAO. En s'appuyant sur l'arbre décisionnel d'orientation défini, et sur l'urgence ressentie par le patient, elles ont pu proposer un rendez-vous dans un délai court au cabinet en alternative à une attente prolongée en salle d'attente des urgences. Ce mode d'orientation « planifiée » a été privilégié au cours du stage, et les orientations directes étaient de plus en plus contextuelles, après discussion avec l'interne. Dès la fin du mois de juin, les orientations par les IAO ont diminué pour se maintenir entre 10 et 15% des

consultations, l'écrasante majorité ayant lieu par prise de rendez-vous directe. Cela a contribué à une forme d'« éducation » des patients quant à l'usage des urgences pour les motifs de médecine générale, et à une gestion apaisée de motifs inappropriés de recours aux urgences. Enfin, cela était un préalable au suivi et sa planification. Il était proposé pour suivre l'évolution d'une situation déjà abordée. Il servait aussi pour aborder d'autres problématiques, le temps d'une consultation n'étant pas adapté pour prendre en charge toutes les demandes, dont certaines nécessitaient un autre temps dédié.

Notre cabinet a offert à de nombreux patients la possibilité de reprendre un suivi médical. Notre étude montre qu'environ un quart des patients vus n'avaient pas consulté un médecin généraliste depuis plus d'un an. 69 patients ont été vus au moins deux fois en consultation, en majorité 2 fois seulement, et jusqu'à 6 fois. Le délai entre une consultation et le suivi était variable, majoritairement court, mais allant jusqu'à 5 mois. Comme il leur était suggéré, certains patients ont continué à rechercher un médecin traitant, et certains d'entre eux y sont parvenus sur le temps du semestre. Nous avons pris le parti de ne pas distinguer dans notre étude les consultations de suivi faisant suite à une proposition de l'interne de celles spontanées demandées par le patient. La raison à cela est que l'histoire clinique des patients n'était pas linéaire et que ceux-ci consultaient pour des motifs parfois variés.

Environ un tiers des patients (28%, 103 patients) n'avait pas de médecin traitant déclaré. Ce nombre est à mettre en perspective avec la population de l'étude de Clémence Nosjean réalisée aux Urgences de Fontenay le Comte en 2016, et faisant état de 17% de patients sans médecin traitant déclaré (10). Notre proportion de patients sans médecin traitant déclaré peut s'expliquer certes du fait des difficultés de plus en plus patentées pour avoir un médecin traitant dans l'agglomération, mais aussi du fait de l'essence même du cabinet ciblant notamment les patients sans médecin traitant déclaré. A titre indicatif, 34 consultations (7% de l'ensemble) étaient des demandes de renouvellement de traitement habituel.

L'étude montre que toutes les tranches d'âge étaient représentées, avec une population relativement jeune (moyenne d'âge de 35 ans, 40 ans pour les patients suivis). Sans surprise, une écrasante majorité des patients était originaire de Vendée, dont une majorité de Fontenay le Comte et des communes limitrophes (a fortiori pour les patients suivis).

La majorité des patients actifs étaient de classes sociales relativement modestes, notamment des groupes sociaux « ouvriers » ou « employés » d'après la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE. Ils représentaient environ un tiers des patients (28% de l'ensemble, 104 patients ; 17% des suivis, 12 patients). Une majorité des patients était sans activité : 15% de l'ensemble (56 patients) et 22% des suivis (15 patients) étaient retraités, et 44% de l'ensemble (163 patients) et 56% des suivis (32 patients) de la catégorie « autres personnes sans activité professionnelle ». Parmi ces derniers, dans la population globale, 42% (69 patients) étaient des personnes majeures sans emplois ; 59% (19 patients) chez les suivis.

Ces données sont à mettre en perspective avec les indicateurs socio-économiques du bassin de population de Fontenay le Comte. Selon le rapport de Pôle Emploi de 2012, le bassin d'emploi de Fontenay le Comte fait partie (avec la Flèche et Saumur) de trois bassins concentrant 9,7% de la demande d'emploi de la région Pays de Loire. Le nombre de demandeurs d'emplois y a progressé plus rapidement (+43% entre 2007 et 2011) par rapport à la moyenne régionale (+39,8%), et le taux de chômage y est plus élevé (9,4% à Fontenay le Comte selon les données de 2012). Pôle Emploi décrit un territoire économiquement « marqué » du fait d'un recul prononcé de l'emploi industriel. (48)

Dans ce contexte, la dimension de la réduction des inégalités sociales de santé était une des missions du cabinet de SASPAS. Cette dimension sociale était notamment rendue possible par l'absence d'avance des frais, et parfois même par l'action du service social de l'hôpital.

L'étude met en évidence la variété des motifs de consultation codés. La classification CIM 10 employée n'est pas la plus adaptée pour évaluer l'ensemble des aspects d'une consultation de médecine générale. Elle est plus adaptée pour les soins secondaires et tertiaires. La classification CISP-2 était une autre option pour cette évaluation. Par souci de reproductibilité par rapport aux codages effectués par le logiciel des urgences, nous avons retenu la classification CIM-10, avec pour chaque consultation la référence du motif de consultation principal codé (49) (44). L'étude met en évidence la variété des familles de consultations menées, mais elle ne permet hélas pas de rendre compte de leur complexité, qui dépend de beaucoup d'autres facteurs que le ou les diagnostics finaux retenus.

ii. Un atout pédagogique et professionnalisant

Au-delà de l'activité clinique pure de l'interne au sein du territoire, au cours du semestre de mai à octobre 2017, notre stage a permis de faire découvrir l'activité de médecine générale ambulatoire à Fontenay le Comte à un jeune médecin supplémentaire, avec un ancrage facilité et exploitable pour une éventuelle installation à venir (meilleure connaissance du réseau de soins médical, paramédical et social). Sur ce semestre on a ainsi doublé le nombre de journées de consultation par semaine effectuées en Sud-Est Vendée par un interne de SASPAS (de 3 à 6), en proposant seulement un terrain supplémentaire aux deux existants jusqu'alors.

Dans le contexte actuel de pénurie de terrains de stage universitaire, notre initiative se présente comme une alternative possible aux terrains habituels de stage de SASPAS. L'apport numérique potentiel de ce nouveau type de terrains de stage pourrait être une possibilité envisageable, notamment dans la perspective de création d'une phase III de « consolidation » dans la poursuite de la réforme du DES.(25)

A l'issue de cette expérience, il apparaît que notre stage apporte des conditions idéales pour un interne de médecine générale en fin de cursus. Il reproduit des conditions d'autonomie comme attendu en SASPAS. Il met l'interne dans des conditions proches de celles d'une installation et de création de patientèle. Même si les patients n'appartiennent à personne, les prises en charge en stage ambulatoire sont empreintes du fonctionnement professionnel et de l'histoire de la relation clinique avec leur médecin traitant. Dans notre situation, la relation clinique restait à construire avec chaque nouveau patient, en particulier pour le suivi. La concrétisation de ce suivi était un signe positif dans la relation interne-patient. Notre étude met en évidence qu'au-delà de la progression constante du nombre de consultations de suivi, c'est la démarche même de reconvoquer ses patients et donc de planifier les soins qui s'est construite au cours du semestre. On découvre une création de patientèle a-minima.

Le fait que les trois journées de stage se déroulent dans le même cabinet permet une cohérence dans la prise en charge et dans la planification du suivi, même à très court terme. C'est nécessairement l'interne qui revoit les patients, ceux-ci ne sont pas revus en consultation au cabinet par un maître de stage. Il gère les prises en charges, et la coordination avec les autres acteurs médicaux et sociaux. Cet élément est particulièrement formateur dans une démarche de responsabilisation pour une installation future. Il gère l'organisation de son planning, et le temps nécessaire à ses consultations. Le risque de « remplacement déguisé », rare mais présent en SASPAS conventionnel n'existe pas ici.

Les conditions de sécurité étaient réunies. La proximité avec les box des urgences et le plateau technique hospitalier n'a pas vocation à entraver l'autonomie de l'interne. Il était tout à fait exceptionnel d'utiliser le plateau technique des urgences, les bilans complémentaires prescrits devaient être réalisés en externe. Il s'agit d'un confort appréciable en particulier lorsqu'un patient doit être transféré dans le circuit conventionnel des urgences. Elle permet dans ces situations un dialogue direct avec les médecins urgentistes et les autres médecins hospitaliers dans une démarche pluri-professionnelle. C'est une illustration directe de l'articulation entre médecine générale ambulatoire et hospitalier. L'interne est identifiable comme un acteur médical du territoire pour ses confrères hospitaliers et de ville, pour les autres professionnels médicaux et sociaux, et pour les patients, au-delà de son statut d'étudiant stagiaire.

Même si notre étude statistique ne permet pas d'en rendre compte, les situations cliniques rencontrées étaient toujours des situations de médecine générale. Chacune d'entre elles comportait sa part de complexité propre. Les 11 exemples correspondant à 11 grandes familles de situations cliniques (définies par un consensus non formalisé d'experts enseignants de médecine générale (47)) illustrent cette diversité de situations, et leur apport en termes de compétences dans le DES de médecine générale.

Les supervisions indirectes étaient réalisées deux fois par semaine, alternativement par le Dr Senand, en sa qualité de médecin généraliste de ville, et par le Dr Couillard, en sa qualité de médecin généraliste urgentiste. L'accent était porté sur les situations les plus complexes, mais toutes les situations cliniques

étaient revues. L'interne bénéficiait ainsi des regards complémentaires d'un médecin généraliste urgentiste et d'un médecin généraliste de ville. L'apport des rétroactions par un médecin généraliste de ville était, avec l'organisation même du cabinet, le second pied nécessaire à la tenue du projet. Elles permettaient l'évaluation des situations de soins au niveau de la communication, des techniques d'examen, des diagnostics retenus, des bilans complémentaires entrepris ou à prévoir, des suivis entrepris. L'accent était mis également sur la prise en charge sociale. Les maîtres de stage étaient par ailleurs disponibles par téléphone chaque jour de stage pour répondre rapidement aux difficultés.

Deux réunions ont eu lieu au cours du semestre entre les deux maîtres de stage universitaires du SASPAS, une à mi-stage et une en fin de stage. Elles ont permis d'apprécier la progression des compétences de l'interne, de redéfinir les objectifs pédagogiques, et d'optimiser l'organisation des rétroactions pédagogiques.

La participation aux GEP n'a posé aucune difficulté. Les situations cliniques que nous avons soumises étaient des situations de médecine générale au même titre que les autres étudiants de SASPAS. Son fonctionnement était celui d'un groupe de pairs. Chaque étudiant rapportait une situation clinique. Celle-ci était soumise à discussion collective permettant de confronter différentes approches diagnostiques, thérapeutiques, mais aussi communicationnelles, lesquelles pouvaient être ré-expérimentées en consultation ensuite. Des questions de recherche étaient établies en fin de séance et réparties entre chaque participant. Les travaux de recherche étaient partagés par courrier électronique entre chaque séance. La dynamique positive de ce groupe s'est poursuivie par la création d'un groupe de pairs au-delà du stage.

L'emploi du temps usuel d'un étudiant de SASPAS était respecté. La présence en stage avait lieu de 8h15 à 19h30 trois jours par semaine, garantissant les 9 demi-journées réglementaires d'exercice exclusif de la médecine générale en stage. Deux demi-journées étaient consacrées à la recherche en médecine générale (travail de thèse et de mémoire de DES de Médecine Générale), et à l'enseignement (GEP et RSCA notamment). L'interne de SASPAS n'était pas assujéti aux gardes hospitalières malgré son exercice au sein des Urgences. Le respect des congés annuels (30 jours ouvrables par an) était assuré. Le nombre d'actes limites réalisés par l'interne (6 à 12 actes par jour) était globalement respecté. (23) 8 consultations étaient réalisées par jour en moyenne. Le nombre de consultation a excédé 12 consultations uniquement le 20 juillet 2017 (16 consultations).

B. Les limites du stage et les perspectives d'amélioration

i. Une réponse partielle aux difficultés d'accès à la médecine générale

Il est utopique de penser pallier par notre stage aux difficultés globales d'accès à une consultation de médecine générale dans la région du Sud-Est Vendée de l'arrondissement de Fontenay le Comte. Rappelons qu'alors que la densité de médecins est d'1 médecin pour 658 habitants (1,52/1000) en France, elle n'est que d'1 médecin pour 1765 dans l'arrondissement de Fontenay le Comte.

La médiatisation de notre projet est intervenue tardivement. L'article destiné au grand public réalisé par Ouest-France n'a été publié qu'à mi stage, le 26 juillet 2017 (40), celui de la Communauté de Communes de Fontenay à la fin du stage (41), et celui du Conseil Départemental 1 mois après la fin du stage (53), limitant sa connaissance par les patients. Contrairement aux cabinets de consultation de ville, nous n'étions pas référencés parmi les offres de médecine générale dans les services de recherche (annuaires, base de données des services de recherche internet. La connaissance populaire s'est effectuée difficilement, par l'article de presse, par les échanges d'expériences d'anciens patients, par les secrétariats de quelques cabinets médicaux, par les pharmacies locales, et par le personnel de l'hôpital. Mieux permettre de connaître le dispositif serait une étape indispensable en cas de poursuite du stage, afin de garantir une activité constante pour l'interne, et de cibler les patients en difficulté pour accéder à un généraliste de ville. L'information auprès des médecins devrait être reprise, toutes spécialités confondues, et dans l'idéal par rencontres directes, comme il peut être d'usage en cas d'installation d'un nouveau professionnel dans un territoire. D'autres professionnels pourraient être prévenus (cabinets de kinésithérapie, infirmiers, sages-femmes), et éventuellement en étendant cette communication à toute l'arrondissement de Fontenay le Comte. Cette information doit contenir évidemment les coordonnées téléphoniques nécessaires aux prises de rendez-vous, et la planification des consultations est impératif, afin d'éviter une augmentation des présentations spontanées à l'accueil des Urgences qui serait délétère à leur fonctionnement.

Le fait qu'un seul interne exerce dans le cabinet posait difficulté. Le cabinet n'était ouvert que trois jours par semaine, élément négatif dans la continuité des soins et dans l'offre de suivi. Notre répartition entre le lundi, mardi, et le jeudi pourrait être modifiée pour mieux couvrir la semaine (exemple : lundi, mercredi, vendredi). Une autre option serait de proposer notre stage à un binôme d'internes de médecine générale, afin de couvrir l'ensemble de la semaine. On passerait ainsi de 2 à 4 terrains de SASPAS, de 3 à 9 journées de consultation par semaine effectuées par un interne de SASPAS, de 7 à 13 journées de consultation par semaine effectuées par un interne de médecine générale dans le Sud-Est Vendée. A l'échelle de la ville de Fontenay le Comte dont les perspectives de démographies médicales sont dramatiques, notre stage représenterait un cabinet de consultation de médecine générale à temps plein (dans les limites réglementaires du nombre d'actes quotidiens à réaliser par un interne).

L'interne de SASPAS est fréquemment confronté à des demandes directes de patients cherchant un médecin traitant. Il est évident que cela est impossible, ne serait-ce que par le statut de l'interne. Cela reste un frein pour les patients qui en consultant le cabinet de SASPAS restent hors du parcours de soins défini par la loi du 13 août 2004 (50). C'est un frein également pour les éventuelles demandes d'ALD, de déclarations de grossesse, ou de cures thermales.

Les visites à domicile n'étaient pas possibles dans notre stage, y compris en maisons de retraite. Les patients que nous avons reçus en consultation étaient tous officiellement admis et avaient donc un dossier constitué le service des Urgences. Cet élément reste un frein à étudier, pour la prise en charge de personnes à mobilité réduite. Il s'agirait par ailleurs d'un atout considérable dans la formation d'un interne qui sera confronté lors de son éventuelle installation aux demandes de visites.

La collaboration avec les confrères de ville n'a posé aucune difficulté. Il est probable que cette bonne collaboration tenait en partie à la communication préalable réalisée par courrier au début du stage, (dans laquelle nous expliquions que notre démarche n'était pas concurrentielle), et au contexte patent de pénurie de médecins. Le fait de proposer des consultations de médecine générale à des patients ayant déjà un médecin traitant (72% des patients vus en consultation) soulevait toutefois une question déontologique de concurrence déloyale. Chaque patient ayant un médecin traitant a été incité à poursuivre leur suivi avec leur médecin traitant.

S'agissant de l'activité du service des Urgences, le stage n'a pas permis de diminuer le nombre de passages, lequel est resté globalement supérieur par rapport à 2016 (exemple : + 10 passages en mai, +154 passages en juin, + 108 en juillet, etc. d'après les données fournies par le service des Urgences de Fontenay le Comte). Là n'était pas notre objectif.

ii. Un cadre pédagogique à optimiser

L'objectif des stages de SASPAS est de préparer au mieux les internes de médecine générale à exercer, voire à s'installer. Les moyens techniques de travail comptent pour beaucoup, en particulier le fait de se familiariser avec la médecine générale conventionnée. Le mode de rémunération à l'acte des médecins généralistes libéraux tend à ne plus être le seul. (51) Pourtant, il reste le mode de rémunération majoritaire. Notre stage ne permet pas de se confronter à la gestion tarifaire des consultations. Il n'y a pas de paiement direct de la consultation à l'interne, pas de nécessité de cotation de la consultation par l'interne. L'ensemble des démarches administratives sont pratiquées par le personnel d'admission des urgences. L'interne n'est pas directement concerné par la couverture sociale des patients. C'est une information disponible ou bien à rechercher auprès des patients.

Nous n'avons pas de logiciel métier adapté à la pratique de la médecine générale. L'ensemble des consultations (hors part statistique) était notifié dans le dossier médical informatique du patient, via le logiciel des Urgences Urqual. La configuration de ce logiciel est plus adaptée à une prise en charge ponctuelle aux Urgences qu'à un suivi en médecine générale. Un logiciel métier conventionnel présenterait des avantages pour le suivi, l'intégration des résultats biologiques ou d'imagerie, les communications inter-professionnelles, le suivi des certificats, le référencement des ordonnances habituelles, mais aussi les données socio-professionnelles, celles concernant la relation médecin-patient, ou encore le suivi à prévoir et la prévention médicale.

L'absence de secrétariat pour la prise de rendez-vous est un élément négatif. Lors des heures de présence en stage, l'interne gère seul son agenda. Cela lui offre en autonomie et en liberté dans la gestion du cabinet. Pourtant, les appels notamment pour prise de rendez-vous peuvent perturber les patients et l'interne au cours des consultations. Il serait souhaitable de prévoir une prise de rendez-vous soit via un secrétariat physique ou téléphonique, soit via une plateforme externe de prise de rendez-vous en ligne. Cette dernière option présente plusieurs avantages. Elle garantirait un accès commun entre l'interne, les IAO, et le secrétariat des Urgences pour visualiser les rendez-vous prévus et les plages disponibles. Elle permettrait de garantir un confort à l'interne pour se consacrer aux consultations, tout en permettant aux IAO et aux secrétaires des Urgences de se concentrer sur l'activité conventionnelle des Urgences. Elle permettrait enfin aux patients de prendre rendez-vous en ligne, y compris en dehors des jours et heures de travail de l'interne. Il reste à prévoir un budget pour ce service. A titre informatif, un devis avait été demandé auprès de l'entreprise Doctolib* en juin 2017. Le tarif qui nous était proposé était de 109€ TTC par mois. Ce budget n'ayant été anticipé avant le semestre, nous n'avons pas souscrit au service.

Il ne semble pas raisonnable de reconduire notre stage sans l'assurance d'une supervision par plusieurs MSU, deux au minimum, trois dans l'idéal (comme c'est le cas dans les SASPAS conventionnels), dont au moins un médecin généraliste de ville. Le statut des MSU doit être clairement établi, comme il l'est pour chaque trinôme de SASPAS. Ce statut devra notamment clarifier le temps à consacrer chaque semaine, les encadrements pédagogiques à effectuer (supervisions, travaux de recherche et prescriptions pédagogiques, réunions intermédiaires, disponibilité en cas de difficulté de l'interne), la prise de responsabilité du service d'Urgences et des maîtres de stage, et la rémunération pédagogique de ces derniers.

Un des principaux risques de notre stage était la dérive en dispositif de circuit de consultation « court » de médecine d'urgence, notamment orienté majoritairement sur la traumatologie. Il serait important de veiller en cas de renouvellement du stage à uniformiser les procédures d'orientation vers le cabinet. Notre arbre décisionnel d'orientation nous y a aidé, ainsi que la pleine coopération du personnel des urgences. Il s'agit notamment d'éviter de mener des consultations pour lesquelles l'emploi du plateau technique est indispensable.

Tout au long du semestre, nous avons informé les patients de façon claire, loyale et appropriée de l'aspect temporaire du cabinet, et donc du suivi par l'interne. Ils sont faibles à avoir trouvé un médecin traitant à la fin de l'expérience. Le suivi que ce type de cabinet propose doit être en permanence expliqué aux patients. Sans l'assurance de la poursuite du cabinet de SASPAS, bon nombre de patients pour lesquels un suivi médical venait d'être repris se retrouveraient à nouveau sans solution. Notre expérience avait été acceptée par le DMG et facilitée par un « fléchage » de l'interne dans le cadre d'un des stages libres. Assurer la reconnaissance officielle du stage sous la forme d'un SASPAS, et ainsi s'assurer qu'il soit pourvu d'internes à chaque semestre, viendrait assurer aux patients une assurance de conserver un jeune médecin généraliste disponible.

V. CONCLUSION

V. Conclusion

Les attentes en termes de santé publique sont fortes dans l'agglomération de Fontenay le Comte. La démographie médicale y devient de plus en plus précaire, et rajoute les inégalités d'accès aux soins aux inégalités sociales déjà très marquées. C'est à cette problématique médico-sociale que nous avons tenté de répondre. C'est par un investissement collectif avec les professionnels du territoire de Fontenay le Comte et le DMG de Nantes qu'a pu aboutir notre projet.

Du point de vue des patients, le dispositif a été rapidement adopté et est devenu une entité à part entière dans le paysage des soins primaires à Fontenay le Comte. Même son organisation atypique a été adoptée sans difficultés. Il a apporté une réponse concrète aux demandes de consultations de médecine générale de 371 patients, dont 69 ont été suivis au cours du semestre, pour des motifs variés. Les témoignages de satisfaction, de remerciements et d'encouragements de la part des patients se sont succédé. Dans les perspectives actuelles de pénurie grandissante de médecins généralistes, la tenue de consultations par de jeunes médecins stagiaires est un signe positif adressé aux patients. Cela coupe avec un sentiment d'abandon du territoire par la profession, et réveille l'espoir de nouvelles installations.

Même s'il n'a pas diminué l'activité des Urgences de Fontenay le Comte, notre stage a permis de rationaliser une partie de la demande de soins non programmés. Dans l'impossibilité de réorienter une partie des patients vers une consultation de médecine générale de ville déjà saturée, il permettait aux IAO d'apporter une alternative raisonnable aux patients. Il s'est montré dans ce sens comme une soupape de décompression, et parfois un moyen de fluidifier l'attente aux urgences.

Il a contribué à l'articulation ville-hôpital, concept au centre des recommandations actuelles en santé publique, mais dont les applications pratiques peinent à s'imposer dans le territoire. Il souligne le fait que l'avenir de la médecine générale de ville et celui de l'hôpital sont liés. Accueillir et soutenir les internes de SASPAS au sein de l'hôpital, c'est veiller à la santé de l'ensemble du secteur de soins primaires.

Plusieurs services d'urgences se sont intéressés à ce dispositif en Vendée, en vue de le reproduire sur d'autres sites. L'ARS des Pays-de-Loire s'est également montrée attentive à la poursuite de cette expérience.

Il permet de sortir de l'impasse actuelle de l'inadéquation entre les besoins de terrains de stages ambulatoires et la faible mobilisation des médecins généralistes pour devenir maîtres de stage. Cet élément est crucial à l'heure de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales. L'intérêt pédagogique pour un interne est évident, notamment dans une perspective de consolidation des compétences avant

une installation. Les outils pédagogiques peuvent facilement être consolidés afin d'assurer que la pédagogie et la rétroaction sur les pratiques de l'interne y conservent une place égale. Le concours des médecins généralistes urgentistes et de ville est indispensable. A notre grande surprise, deux médecins généralistes de cabinets distincts au sein de la Communauté de Communes de Fontenay le Comte nous ont contactés spontanément à la fin du stage. Les deux se sont montrés potentiellement volontaires pour poursuivre l'expérience et travailler aux rétroactions pédagogiques des éventuels internes à venir.

Nb. Actuellement, une nouvelle réflexion est menée en Vendée pour proposer d'autres alternatives aux terrains de stages de médecine ambulatoire existants, dans une optique pédagogique et de sensibilisation aux territoires en voie de pénurie médicale. Des médecins notamment en pré-retraite s'investissent dans ces projets.

Le stage s'est montré concluant pour le DMG de Nantes. Pour des raisons de difficultés d'organisation, il n'a pas pu être reconduit pour le semestre de Novembre 2017 à Avril 2018 sous la même forme. Afin d'assurer la poursuite du suivi médical initié auprès des patients lors de notre semestre, des consultations sont assurées au sein du cabinet par des internes des urgences. Chaque semaine, un interne de premier semestre réalise des consultations de médecine générale. Cette organisation impose une séniorisation directe pour chaque dossier. Néanmoins, ils bénéficient également d'une supervision indirecte comme un interne de SASPAS, Cette expérience temporaire permet, outre l'assurance d'une transition avec la reproduction de notre dispositif, d'assurer une expérience des consultations de médecine générale en autonomie à des internes n'ayant pas encore réalisé leur stage de praticien niveau 1. A partir du semestre suivant, notre stage devrait être poursuivi sous la forme d'un SASPAS. L'idée de le proposer à deux internes par semestre a été soulevée, afin de garantir l'activité du cabinet sur l'ensemble de la semaine.

VI. BIBLIOGRAPHIE

VI. Bibliographie

1. Région Pays de la Loire. Plan régional d'accès à la santé 2017-2020. 2017.
2. Branthomme E. Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2017. 2017.
3. Pondevie C. Les actions du Département face au problème de la démographie médicale sur le territoire vendéen. 2017.
4. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes Résultats*. févr 2009;(679).
5. République Française. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. 2006 [cité 27 oct 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&categorieLien=id>
6. DREES. Les établissements de santé. Edition 2017. Panoramas de la DREES [Internet]. 2017 [cité 29 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
7. ORU Pays de la Loire. Observatoire régional des urgences. Panorama 2015 [Internet]. 2016 mai [cité 29 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/36/00013620-a39107e67ce8c1f66625d8bd8da0bea4/panoramaorupdl2015.pdf>
8. Valdelièvre H, Boisguérin B. Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences [Internet]. Congrès Urgences: DREES; 2014 juin [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf
9. Hugli OW, Potin M, Schreyer B, al. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Rev Med Suisse*. 2006;2(31553).
10. Nosjean C. Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay le Comte ? Etude descriptive, prospective, monocentrique, réalisée entre février 2016 et septembre 2016 [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nantes]; 2017.
11. Lucas J, Wilmet F. Les déserts médicaux. In 2012 [cité 22 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ordre.medecin.fr/content/les-d%C3%A9serts-m%C3%A9dicaux>

12. Groboz-Lecoq D. Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nice]; 2014.
13. Sablonnière S. Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale à Nantes [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nantes]; 2016.
14. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. In 2011.
15. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. In 2013.
16. Munck S, Massin S, Hofliger P, al. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27(1):49-58.
17. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. In 2015 [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/en-bref-4-installation-des-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-territoires>
18. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nantes]; 2012.
19. ARS, Pays de Loire. Un renforcement des territoires pouvant bénéficier d'aides financières pour promouvoir l'installation de médecins libéraux. In 2017 [cité 10 août 2017]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-renforcement-des-territoires-pouvant-beneficier-daides-financieres-pour-promouvoir-linstallation>
20. Hippocrate Développement. Diagnostic territorial de santé et définition d'une stratégie d'amélioration de l'offre de santé sur la Communauté de communes de Fontenay le Comte. 2013.
21. ARS, Pays de Loire. Projet Régional de Santé 2018-2022 La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. In 2017 [cité 23 juill 2017]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-06/synthese_etat_sante_regional_prs2.pdf
22. DERMG Université Nice Sophia Antipolis. Guide du diplôme d'études spécialisées de médecine générale proposition 2015 [Internet]. 2015 [cité 21 août 2017]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_Medecine_Generale_Rentree_2015-2.pdf

23. DMG Nantes. Règlement du S.A.S.P.A.S. Nantais (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).
24. CGELAV Collège des Généralistes Enseignants de Loire Atlantique et Vendée. Le SASPAS Outils et repères pour les Maîtres de Stage Universitaires et leurs internes.
25. ISNAR-IMG. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! (Ou presque...) [Internet]. 2017 avr [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
26. Aubin C, Daniel C, Schaetzel F, al. Le post-internat Constats et propositions Rapport Tome 1. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 juin.
27. Schmitt F. Dispositif de gestion des soins non programmés en région sous médicalisée : un SASPAS aux urgences [Internet]. L'Antidote Le journal des Internes de Médecine Générale Catégorie : A la loupe. 2017 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://antidote.isnar-img.com/dispositif-de-gestion-des-soins-non-programmes-en-region-sous-medicalisee-un-saspas-aux-urgences/>
28. Kasproski A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nantes]; 2013.
29. Gazzah M, Ghannouchi S. Le triage aux urgences pourquoi et comment ? [Internet]. 2008 [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/publications/triefurgences.pdf>
30. Taboulet P. Triage urgence CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) [Internet]. Triage Urgence CIMU. 2011 [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.triage-urgence.com/>
31. ISNAR-IMG. La rémunération et les indemnisations des internes en médecine générale [Internet]. [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/remuneration/>
32. L'Assurance Maladie. Les différents régimes de l'Assurance Maladie [Internet]. 2012 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>

33. L'Assurance Maladie. Les différentes branches du régime général [Internet]. 2015 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php>
34. CMU.fr. La protection universelle maladie (PUMA) [Internet]. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/cmu-de-base.php>
35. CMU.fr. CMU complémentaire [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
36. CMU.fr. Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.cmu.fr/acs.php>
37. CMU.fr. Vous êtes étranger en situation irrégulière? [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php
38. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'économie et des finances. Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. 2017.
39. ATIH. Notice technique ATIH Sujet facturation hospitalière [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2800/nt_7_facturation_211015_-_rectificative.pdf
40. Besson M. Pénurie de médecins : l'hôpital à la rescousse. Ouest-France [Internet]. 26 juill 2017 [cité 11 nov 2017]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/fontenay-le-comte-85200/penurie-de-medecins-l-hopital-la-rescousse-5158991>
41. Pays de Fontenay Vendée. Le SASPAS (Stage Ambulatoire en Autonomie Supervisée) Un dispositif pour faire face à la pénurie de médecins généralistes. L'info 2 Ma Communauté de Communes. oct 2017;4.
42. Attali C, Bail P, Compagnon L, al. CNGE Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale Production du Groupe national d'expert [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: <http://madoc.univ-nantes.fr/mod/resource/view.php?id=346051>
43. Attali C, Bail P, Magnier A-M, al. Compétences pour le DES de médecine générale. 2006;(76):31-2.

44. Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR à usage PMSI 10e révision, France [Internet]. 2015 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur:
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf
45. Rat C, Tudrej B, Shérazade K, al. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer*. sept 2017;(135):327-34.
46. INSEE. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 [Internet]. 2003 [cité 18 oct 2017]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1>
47. Attali C, Huez J-F, Valette T, al. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;24(108):165-9.
48. Prouteau G, Bonnet H, Martin D. Pôles et repères Pays de la Loire [Internet]. Pôle Emploi Service Statistiques, Etudes et Evaluation; 2012 déc. Disponible sur: <https://www.observatoire-emploi-paysdelaloire.fr/article/diagnostic-socio-economique-pole-reperes-pays-de-la-loire>
49. Gay B. La CISP, une classification pour l'étude ECOGEN et la recherche en soins de santé primaires. 2014;25(114):147.
50. République Française. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004 août [cité 11 nov 2017] p. 14598. Report No.: JORF n°0190 du 17 août 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
51. L'Assurance Maladie. La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie 2016-2021 [Internet]. 2016. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_convention_medical_e_final.pdf
52. CGELAV Collège des Généralistes Enseignants de Loire Atlantique et Vendée. Compétences en MG [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur:
<https://www.cgelav.fr/documentation/comp%C3%A9tences/>
53. Conseil départemental de la Vendée. Hôpital / Centre Hospitalier de Fontenay le Comte Une réponse au désert médical. *Journal de la Vendée*. déc 2017 (236);9

VII. TABLE DES FIGURES,
TABLEAUX, ET CARTES

VII. Table des figures, tableaux, et cartes

- Figures :

Figure n°1 : Répartition des consultations selon le jour de la semaine : p. 47

Figure n°2 : Evolution des modes d'admission en consultation : p. 47

Figure n°3 : Pyramide des âges des patients vus en consultation : p. 48

Figure n°4 : Proportion de patients vivant en Vendée : p. 49

Figure n°5 : Proportion de patients vivant dans une commune ayant le code postal 85200 : p. 49

Figure n°6 : Catégories socio professionnelles des patients vus en consultation : p. 50

Figure n°7 : Âge des patients du groupe 8 de la PCS 2003 (autres personnes sans activité professionnelle) : p. 51

Figure n°8 : Existence d'un médecin traitant déclaré pour les patients vus en consultation : p. 51

Figure n°9 : Temps écoulé depuis la dernière consultation avec un médecin généraliste : p. 52

Figure n°10 : Codifications CIM10 de l'ensemble des consultations réalisées : p. 52

Figure n°11 : Zoom sur les consultations de la classe XXI de la CIM 10 : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : p. 53

Figure n°12 : Evolution des reconvoctions pendant le stage : p. 54

Figure n°13 : Evolution du nombre de consultations de suivi pendant le stage : p. 54

Figure n°14 : Pyramide des âges des patients suivis : p. 55

Figure n°15 : Répartition des patients suivis selon leur nombre de consultations au cabinet SASPAS : p. 56

Figure n° 16 : Proportion de patients suivis vivant en Vendée : p. 56

Figure n°17 : Proportion de patients suivis vivant dans une commune ayant le code postal 85200 : p. 56

Figure n°18 : Catégories socio professionnelles des patients suivis : p. 57

Figure n°19 : Âge des patients suivis du groupe 8 de la PCS 2003 (autres personnes sans activité professionnelle) : p. 57

Figure n°20 : Délai en jours avant la consultation de suivi : p. 58

Figure n°21 : Codifications CIM10 de l'ensemble des consultations des patients suivis : p. 58

Figure n°22 : Zoom sur les consultations de la classe XXI de la CIM 10 : « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » pour les consultations des patients suivis : p. 59

- **Tableaux**

Tableau n°1 : Nombre de consultations réalisées au cours du semestre : p. 46

Tableau n°2 : Répartition des patients selon leur genre et âge : p. 48

Tableau n°3 : Répartition des patients suivis selon leur genre et leur âge : p. 55

- **Cartes**

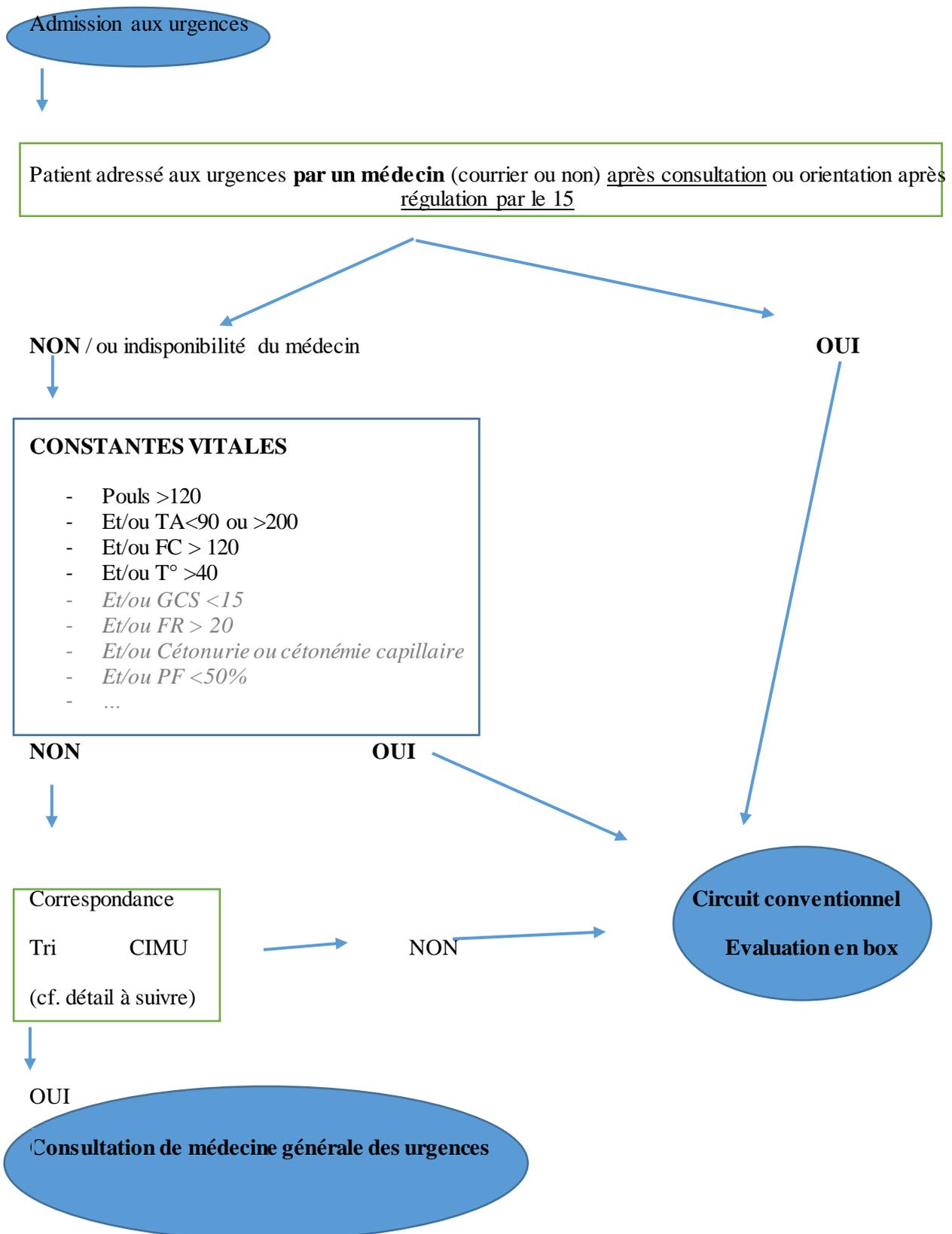
Carte n°1 : Origine géographique des patients vendéens : p. 49

Carte n°2 : Origine géographique des patients en France : p. 50

VIII. ANNEXES

VIII. Annexes

Annexe n°1 : Arbre décisionnel pour l'orientation vers le circuit « consultation de médecine générale » des urgences



Cardiologie :

- Œdème des membres inférieurs : selon appréciation de l'IAO
- Palpitations : nécessité d'ECG ? NON
- HTA <200mmHg

Dermatologie :

- Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion) : selon appréciation de l'IAO
- Erythème étendu : selon appréciation de l'IAO
- Affection vénérienne
- Affection cutanée ou muqueuse limitée

Endocrino-métabolisme :

- Altération de l'état général sans comorbidité

Gastro-entérologie :

- Constipation ou diarrhée
- Nausées ou vomissements
- Dysphagie ou hoquet
- Proctologie (thrombose, fissure)

Gynécologie :

- Douleur pelvienne : selon appréciation de l'IAO

Neurologie-psychiatrie :

- Céphalée >= 24h ou sur terrain migraineux
- Trouble psychiatrique calme

Divers :

- Problème technique de sonde, cathéter, plâtre : prise en charge nécessitant plateau technique donc NON
- Renouvellement d'ordonnance

Maladies infectieuses :

- Risque contamination VIH
- Adénopathies

Pneumologie :

- Douleur latérothoracique : selon appréciation de l'IAO
- Dyspnée et PF>50%, suspicion d'asthme : selon appréciation de l'IAO
- Toux +/- crachats

Ophtalmologie :

- Corps étranger ou brûlure oculaire : selon appréciation de l'IAO
- Inflammation œil ou annexes

ORL-Stomatologie :

- Epistaxis ou gingivorragie
- Vertige
- Angine, odynophagie, tuméfaction ORL, rhinite
- Douleur dentaire (à revoir selon disponibilité avis dentiste)

Rhumatologie :

- Sciatalgie et autres névralgies : selon appréciation de l'IAO
- Arthrite ou gonflement (périarticulaire(s)) : selon appréciation de l'IAO
- Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie
- Pathologie podologique chronique

Toxicologie :

- Ebbriété, ivresse (suspicion) : peu adapté en terme de surveillance, NON

Traumatologie :

- Traumatisme de membre ou de bassin sans impotence / avec impotence -> radiographie probable : NON
- Traumatisme crânien sans PC
- Plaies superficielles
- Plaies : érosion cutanée, abrasion
- Brûlure superficielle jusqu'à 10% de surface corporelle : selon appréciation de l'IAO ?
- Collection abcédé ou hématique : nécessité de plateau technique : NON
- Corps étranger sous cutané
- Electrification ???

Uro-néphrologie :

- Douleur de la fosse lombaire ou flanc : selon appréciation de l'IAO
- Hématurie macroscopique : selon appréciation de l'IAO
- Traumatisme OGE, priapisme : selon appréciation de l'IAO
- Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement

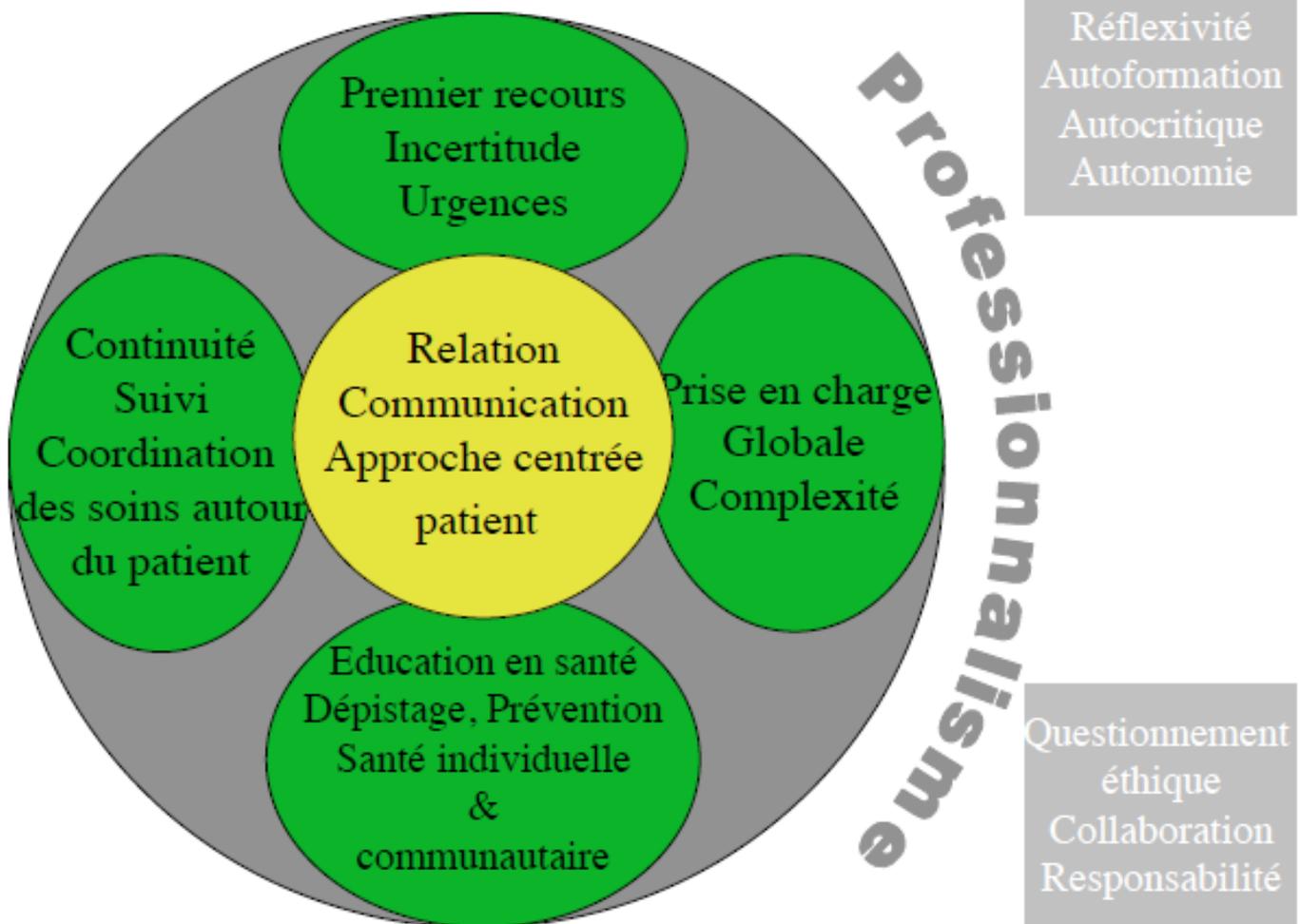
Légende

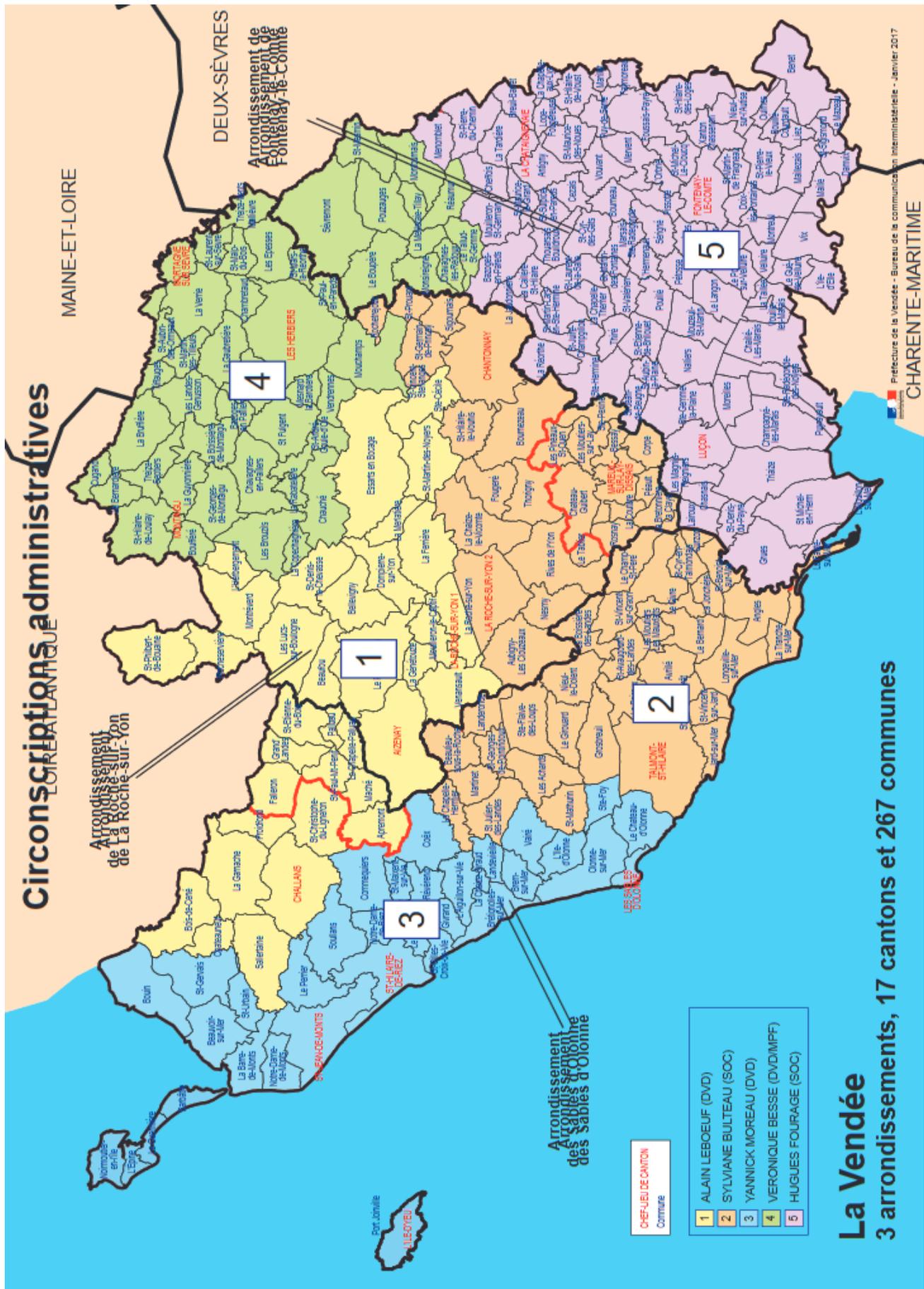
-) A priori adapté à la consultation de médecine générale des urgences (cotation 4 ou 5 de la CIMU)

:s Peut-être adapté à la consultation des urgences, selon appréciation de l'IAO (cotation intermédiaire 3 ou 4 de la CIMU)

-(Peu adapté au fonctionnement du cabinet de médecine générale des urgences, malgré cotation 4 ou 5 de la CIMU

Nb. Les motifs nécessitant un geste thérapeutique dans les 20 minutes (sédation, hémostase, insuline... ont été retirés, y compris ceux correspondant à une cotation 4 ou 5





IX. TABLE DES ABREVIATIONS

IX. Table des abréviations

A

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
APE	forfait Administration de Produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en Environnement hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	forfait Accueil et Traitement des Urgences

B

BU	Bandelette Urinaire
----	---------------------

C

CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CERFA	Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CGET	Commissariat Général à l'Egalité des Territoires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies 10 ^{ème} révision
CIMU	Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

D

DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques
DROM	Département et Région d'Outre-Mer

E

ECN	Epreuves Classantes Nationales
EDF	Electricité de France

F

FFM	Forfait de petit Matériel
FMC	Formation Médicale Continue

G

GEMSA Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
GEP Groupe d'Echange de Pratiques

I

IAO Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
IDE Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IEC Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IGAS Inspection Générale des affaires sociales
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREPS Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISNAR-IMG Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

M

MSA Mutualité Sociale Agricole

O

ORS Observatoire Régional de la Santé
ORU Observatoire Régional des Urgences

P

PCS Professions et Catégories Socioprofessionnelles
PLS Plan Local de Santé
PMI Protection Maternelle et Infantile
PUMA Protection Universelle MALadie

R

RATP Régie Autonome des Transports Parisiens
RSCA Récit de Situation Compliquée et Authentique
RSI Régime Social des Indépendants

S

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SE forfait Sécurité et Environnement hospitalier
SFMU Société Française de Médecine d'Urgence
SNCF Société Nationale des Chemins de Fer Français

T

TSH Thyroid Stimulating Hormone
TTC Toute Taxes Comprises

U

UNCAM Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UPMGA Unité Pédagogique de Médecine Générale Ambulatoire

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Emmanuel BRANTHOMME

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame la Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CROUE

PRENOM : ROMAIN

Titre de Thèse : 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*

* Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

RESUME

INTRODUCTION : La densité médicale en Sud-Est Vendée est très faible et les médecins généralistes qui y exercent y sont de plus en plus âgés. Les difficultés d'accès aux soins se font ressentir et de nombreux patients ne trouvent plus de médecin traitant. Peu de nouvelles installations compensent les départs à la retraite, malgré les nombreux plans d'action régionaux, départementaux et locaux. Le service d'accueil des Urgences de Fontenay le Comte est soumis à une demande de soins de médecine générale de plus en plus intense. Parallèlement l'arrondissement de Fontenay le Comte accueille peu de futurs médecins durant leurs études, de par une pénurie de maîtres de stage de médecine générale ambulatoire. Notre objectif a été de recréer les conditions idéales à la réalisation d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) au sein du Service d'Accueil des Urgences de Fontenay le Comte. Nous avons souhaité évaluer ce nouveau stage pour juger de son intérêt en termes d'accès aux soins primaires, d'impact sur l'activité du service des Urgences, et d'intérêt pédagogique pour la formation des internes de médecine générale.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons obtenu l'accord du Département de Médecine Générale de Nantes pour expérimenter ce nouveau stage lors d'un stage libre fléché de la maquette de DES de médecine générale. Un local du service des Urgences nous a été confié, avec les conditions matérielles d'un cabinet médical de ville. Nous avons travaillé à différents modes d'admission des patients. Ceux-ci pouvaient être orientés par l'infirmière d'accueil selon des critères d'évaluation définis, mais également par une prise de rendez-vous directe. L'accent était mis sur la planification et le suivi ambulatoire des patients. Les situations étaient revues systématiquement en fin de journée de stage avec l'un des deux maîtres de stage (un médecin généraliste de ville et un médecin généraliste urgentiste). Le but était pédagogique via une évaluation formative des compétences nécessaires pour le DES de médecine générale. Une participation au Groupe d'Echange de Pratiques était assurée et organisée par le Département de Médecine Générale. Nous avons réalisé après information des patients un recueil systématique de données socio-démographiques et de cotations des consultations menées. Nous avons également identifié les grandes familles de situations cliniques rencontrées au cours du semestre.

RESULTATS : 481 consultations ont été réalisées, en moyenne 8 par journée de stage. 371 patients ont été vus en consultation, parmi lesquels 28% n'avaient pas de médecin traitant déclaré. La majorité étaient originaires du Sud-Est Vendée et d'origine sociale modeste. Les modes de consultation ont évolué vers une majorité de prises de rendez-vous directs. 69 patients ont été suivis au cours du semestre. Ce suivi et sa planification ont pris une place de plus en plus importante. Toutes les situations rencontrées relevaient de la médecine générale, et étaient adaptées à une revue systématique en supervision pédagogique et en groupe d'échange de pratiques. L'activité des Urgences n'a pas été diminuée mais le dispositif a apporté de la fluidité et un mode de gestion plus apaisé des motifs de consultation de médecine générale aux Urgences.

CONCLUSION : Notre dispositif de soins a été très rapidement adopté par l'équipe des Urgences, et par la population. Les conditions d'autonomie, de rétroaction pédagogique, et de sécurité en ont fait un stage particulièrement adapté à la fin de cursus de DES de Médecine Générale. Dans le contexte actuel de réforme du troisième cycle d'études médicales, un tel stage semble être complémentaire aux terrains de stage existants. Il apporte également une réponse médico-sociale à la désertification médicale, en particulier dans les zones rurales.

MOTS-CLES

SASPAS ; Urgences ; Lien Ville-Hôpital ; Désertification médicale ; Soins primaires ; Médecine générale ; Sud-Est Vendée