



HAL
open science

Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale

Florian Schmitt

► To cite this version:

Florian Schmitt. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01782952

HAL Id: dumas-01782952

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01782952>

Submitted on 2 May 2018

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

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

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

SCHMITT Florian, né le 24 novembre 1987 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2017

INTERET D'UNE CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE ASSUREE PAR DES
INTERNES EN **SASPAS** DANS UN CENTRE HOSPITALIER EN SECTEUR DE
DESERTIFICATION MEDICALE

Président : Monsieur Jeannot SCHMIDT, Professeur, Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur Pierre PHILIPPE, Professeur, Clermont-Ferrand
Monsieur Gilles CLEMENT, Professeur, Clermont-Ferrand
Monsieur Jacques MALAVAL, Docteur, Pleaux

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

SCHMITT Florian, né le 24 novembre 1987 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2017

INTERET D'UNE CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE ASSUREE PAR DES
INTERNES EN **SASPAS** DANS UN CENTRE HOSPITALIER EN SECTEUR DE
DESERTIFICATION MEDICALE

Président : Monsieur Jeannot SCHMIDT, Professeur, Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur Pierre PHILIPPE, Professeur, Clermont-Ferrand
Monsieur Gilles CLEMENT, Professeur, Clermont-Ferrand
Monsieur Jacques MALAVAL, Docteur, Pleaux

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIE
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain

M. CHAZAL Jean

M. VAGO Philippe

M. AUMAITRE Olivier

M. LABBE André

M. AVAN Paul

M. DURIF Franck

Mme LAFEUILLE Hélène

M. LEMERY Didier

M. BOIRE Jean-Yves

Pharmacologie Fondamentale

Option Biologique

Anatomie - Neurochirurgie

Histologie-Embryologie Cytogénétique

Médecine Interne

Pédiatrie

Biophysique et Traitement de l'Image

Neurologie

Bactériologie, Virologie

Gynécologie et Obstétrique

Biostatistiques, Informatique

Médicale et Technologies de

Communication

M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation

Mme GODFRAIND Catherine
M. ROSSET Eugénio
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane

Anatomie et Cytologie Pathologiques
Chirurgie Vasculaire
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie
Thoracique et Cardio-vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle
M. FAICT Thierry
M. BONNET Richard
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna
M. TCHIRKOV Andréï
M. CORNELIS François
M. MOTREFF Pascal
M. ANDRE Marc
M. DESCAMPS Stéphane

M. POMEL Christophe
M. CANAVESE Federico
M. CACHIN Florent
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. LESENS Olivier
M. RABISCHONG Benoît
M. AUTHIER Nicolas
M. BROUSSE Georges
M. BUC Emmanuel
M. CHABROT Pascal
M. FUTIER Emmanuel
M. LAUTRETTE Alexandre
M. AZARNOUSH Kasra

Mme BRUGNON Florence

M. COSTES Frédéric
Mme HENQUELL Cécile
Mme PICKERING Gisèle
M. ESCHALIER Romain
M. MERLIN Etienne
Mme TOURNADRE Anne
M. DURANDO Xavier
M. DUTHEIL Frédéric
Mme FANTINI Maria Livia
M. SAKKA Laurent

Biochimie et Biologie Moléculaire
Médecine Légale et Droit de la Santé
Bactériologie, Virologie
Pédiatrie
Cytologie et Histologie
Génétique
Cardiologie
Médecine Interne
Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
Cancérologie – Chirurgie Générale
Chirurgie Infantile
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Gynécologie Obstétrique
Pharmacologie Médicale
Psychiatrie Adultes/Addictologie
Chirurgie Digestive
Radiologie et Imagerie Médicale
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie Réanimation Médicale
Chirurgie Thoracique et
Cardiovasculaire
Biologie et Médecine du
Développement et de la Reproduction
Physiologie
Bactériologie Virologie
Pharmacologie Clinique
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Cancérologie
Médecine et Santé au Travail
Neurologie
Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles

Médecine Générale

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

M. VORILHON Philippe

Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie, Virologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère
CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème
CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la reproduction
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation
	Chirurgicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur SCHMIDT,
Pour avoir accepté la présidence de mon Jury,
Pour votre engouement à la problématique de ma thèse ainsi qu'à la coopération médecine de ville et hospitalière.

A Monsieur le Professeur PHILIPPE,
Pour avoir accepté d'être membre de mon Jury,
Pour votre intérêt pour la Médecine Générale.

A Monsieur le Professeur CLEMENT,
Pour avoir accepté d'être membre de mon Jury,
Pour avoir permis la mise en place du dispositif de Mauriac et la création de ce nouveau stage de SASPAS.

A Monsieur le Docteur MALAVAL,
Je te remercie sincèrement d'avoir dirigé ma thèse,
D'avoir passé six mois avec toi auprès des patients dans une grande écoute.

A mes parents, ma sœur, ma Marraine, mon oncle, Tanti et mes cousins, qui m'avez soutenu avec amour durant toutes ces années.

A mes amis d'enfance, à mon filleul, à mes amis d'Alsace, d'Auvergne et d'ailleurs, à mes co-internes d'ici et là et plus particulièrement ceux d'Ambert, pour votre profonde amitié qui restera ancrée dans mon cœur.

A mes Maîtres, pour m'avoir enseigné vos connaissances et aidé à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A Elise et Romain pour votre aide précieuse à l'élaboration de ma thèse et à vos enfants pour leur joie de vivre.

A Clémence pour sa participation, à mes nombreux relecteurs pour leurs remarques pertinentes.

A Aurélien MULLIEZ pour les statistiques, à Nathalie PINOL pour l'aide bibliographique.

A Edwige, Bernard, Jean Philippe et l'Hôpital de Mauriac, pour la création du dispositif qui m'a permis de faire ma thèse et d'initier un projet qui me semble très intéressant !

A tout le personnel médical et paramédical que j'ai pu rencontrer durant mon internat, pour votre bonne humeur et votre sympathie.

Merci !

Sommaire

Résumé	14
Introduction	15
Matériel et méthodes	17
I) Type d'étude.....	17
II) Population.....	17
III) Recueil des données et paramètres étudiés	17
IV) Analyse statistique	19
Résultats	21
I) Patients.....	21
II) Médecins	28
III) Internes en SASPAS.....	38
Discussion	41
I) Principaux résultats	41
II) Validité interne	42
III) Validité externe	44
Conclusion	51
Références bibliographiques	52
Annexes	54
Serment d'Hippocrate	103

Sommaire des annexes

Annexe I : Questionnaires des patients.....	55
A) Patients adressés par les Cabinets médicaux.....	56
B) Patients adressés par les Urgences.....	59
C) Patients venus de leur propre initiative.....	62
D) Fiche biomédicale.....	65
Annexe II : Questionnaires des médecins.....	67
A) Médecins généralistes	68
B) Médecins urgentistes.....	76
Annexe III : Résultats.....	82
A) Graphiques et tableaux des résultats patients.....	83
B) Graphiques et tableaux des résultats médecins.....	91
Annexe IV : Organisation légale des dispositifs médicaux.....	96
Annexe V : Autres solutions face à la désertification.....	100

RESUME

Objectifs. Le Nord Cantal présente une démographie médicale en baisse avec de nombreux départs à la retraite de médecins sans successeurs. Les conséquences sont triples : la difficulté pour les généralistes d'accepter de nouveaux patients, un accès plus difficile aux soins primaires pour la population et un afflux de cas de médecine générale non urgents pour le service d'Urgences de Mauriac. Pour répondre à cette problématique, il a été mis en place, le 1^{er} novembre 2016, une consultation de médecine générale à l'hôpital de Mauriac assurée par des internes en SASPAS.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la satisfaction des trois protagonistes du dispositif : les patients, les médecins adresseurs (généralistes et urgentistes) ainsi que les internes en SASPAS.

Méthodes. Une étude descriptive transversale a été réalisée. Tous les patients consultant ont reçu des questionnaires adaptés à leur orientation initiale (adressés par les Cabinets de ville, par les Urgences ou venant de leur propre initiative). Les questionnaires étaient accompagnés d'une fiche biomédicale. Ils ont été distribués du 7/11/2016 au 15/03/2017. Les médecins généralistes et urgentistes du secteur (canton de Mauriac et d'Ydes) ont reçu, 18 semaines après le début de la mise en place du dispositif, des questionnaires personnalisés (généralistes et urgentistes) par voie postale. Les internes en SASPAS ont réalisé un débriefing le dernier jour du stage.

Résultats. 599 patients ont été inclus dans l'étude, dont 81.5% ont répondu au moins partiellement au questionnaire. Leur satisfaction globale était de 9/10. Dans 31% des cas, la consultation dans un délai bref a été un point positif du dispositif, l'écoute et la disponibilité de l'interne ont été mentionnées dans 21% des cas et la proximité du service d'Urgences dans 19% des cas.

Au niveau des médecins, 15 médecins généralistes sur 19 et 11 médecins urgentistes sur 13 ont répondu au questionnaire. Les généralistes ont un score de difficultés individuelles dans leur pratique quotidienne de 6.5/10 et les urgentistes de 5.5/10. Le dispositif a un score de réponse à ces besoins de 6/10 selon les généralistes et de 6.3/10 selon les urgentistes. Au niveau du Nord Cantal, actuellement, les généralistes estiment les difficultés avec un score de 7.6/10, selon les urgentistes le score est à 6.8/10. Le dispositif répond à ces besoins avec un score de 6.9/10 selon les généralistes et les urgentistes. L'ensemble des médecins a eu très peu de réticences à participer au dispositif.

Les internes en SASPAS ont, quant à eux, trouvé le dispositif très formateur et ont considéré qu'il pouvait aider la population si l'ensemble de la communauté médicale du Nord Cantal était plus impliquée dans le dispositif.

Conclusion. L'ensemble des protagonistes s'est montré satisfait du dispositif avec tout de même un besoin modéré pour les médecins du secteur. Le dispositif pourrait se développer avec l'installation salariale ou libérale d'un médecin généraliste en son sein ; ce qui permettrait d'envisager un suivi « médecin traitant » ainsi que des visites à domicile. Il pourrait encore s'élargir avec des consultations avancées dans les villages environnants et s'exporter vers d'autres hôpitaux dotés d'un service d'Urgences et d'un petit plateau technique, dans un secteur à faible démographie médicale.

MOTS CLÉS : Démographie médicale ; Médecine générale ; Service d'Urgences ; SASPAS ; Soins primaires.

INTRODUCTION

La démographie médicale en France est une véritable question de santé publique puisque la majorité des régions sont défavorisées en soins primaires [1] avec en plus une tendance à la diminution du nombre de médecins exerçant [2]. Plus particulièrement au sein du Cantal, dans le bassin de santé intermédiaire de Mauriac [3], les bassins de santé de proximité tels que Riom-ès-Montagne, Salers et Ydes ont des difficultés d'accès aux soins primaires selon l'ARS (Agence Régionale de Santé) [4].

Au niveau des cantons de Mauriac [5] (Saint-Martin-Valmeroux exclu) et d'Ydes [6], 19 médecins généralistes dont 3 médecins étrangers exerçaient début novembre 2016. Sur ces 19 médecins, 7 ont déclaré vouloir prendre leur retraite d'ici 2020 [7]. La répartition en âge montre qu'il y a 4 médecins de moins de 45 ans, 2 entre 45 et 58 ans, 5 entre 58 et 60 ans et 8 de plus de 60 ans.

Les conséquences déjà actuelles de ce constat alarmant sont de trois ordres :

- 1) La difficulté pour les généralistes d'accepter de nouveaux patients.
- 2) Un accès plus difficile aux soins primaires pour la population.
- 3) Un afflux de cas de médecine générale non urgents pour le service d'Urgences de Mauriac.

Pour faire face à ce problème, le Dr JOYEUX (chef de service d'Urgences de Mauriac) et le Dr ZANCHI (généraliste à Mauriac) ont mis en place un dispositif expérimental de soins non programmés du 1^{er} novembre 2016 au 30 avril 2017 : une consultation de médecine générale au sein de l'hôpital de Mauriac avec deux internes en autonomie (SASPAS, 9^{ème} année)(Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée).

La consultation se faisait sans rendez-vous de 8h30 à 12h et de 16h à 19h du lundi au vendredi.

Clémence IGONIN et moi-même, Florian SCHMITT, tous deux internes, travaillions en alternance à mi-temps dans la consultation. Notre autre mi-temps se déroulait dans les Cabinets de Mauriac et de Pleaux, avec comme Maîtres de stage les Docteurs DELORME, ZANCHI et MALAVAL. Le médecin responsable du dispositif était le Dr JOYEUX.

Les patients étaient adressés soit par les Cabinets médicaux (médecins débordés, en congés,...), soit par le service d'Urgences de Mauriac pour des motifs de médecine générale, ou venaient de leur propre initiative. Toute consultation se terminait par un compte-rendu médical remis au patient ou transmis à son médecin traitant. Un débriefing des consultations avait lieu entre l'interne et ses Maîtres de stage libéraux. Le dispositif avait aussi pour objectif de répondre à la demande de patients dans l'impossibilité de trouver un médecin traitant.

Les soins non programmés ont été définis par l'ARS comme des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques : « petite » traumatologie (pansements, sutures, immobilisations), traitements antalgiques aigus, infectiologie, associés éventuellement à un bilan de type électrocardiogramme, radiographie, biologie...[8].

L'étude avait pour objectif principal de mesurer la satisfaction des trois protagonistes impliqués dans ce dispositif : les patients, les médecins adresseurs (généralistes et urgentistes) et les internes.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier le profil des patients consultant et le fonctionnement interne du dispositif (la fréquence des consultations et la pratique médicale).

MATERIEL ET METHODES

I) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

II) Population

Elle est composée de trois cibles, toutes protagonistes du dispositif : les patients, les médecins (généralistes et urgentistes) et les internes en SASPAS.

Critères d'inclusion

1) Patients

Tous les patients consultants dans le dispositif de consultation de médecine générale à l'hôpital de Mauriac.

Un accompagnant pouvait remplir le questionnaire lorsque les patients n'étaient pas capables de répondre eux-mêmes (enfants, personnes grabataires, sous tutelle,...).

2) Médecins

Les 19 médecins généralistes installés dans le secteur concerné (les cantons d'Ydes et de Mauriac, à l'exception de Saint-Martin-Valmeroux) et les 13 médecins urgentistes de l'hôpital de Mauriac.

3) Internes en SASPAS

Les deux internes en stage dans le dispositif.

III) Recueil des données et paramètres étudiés

A) Questionnaire patients

Les questionnaires comportaient un ensemble de questions destinées à recueillir la satisfaction des patients. Ils étaient complétés d'une fiche biomédicale remplie par l'interne pendant la consultation. Les questionnaires (Cf. Annexes I) ont été distribués aux patients dans la période du 7/11/2016 au 15/03/2017. Ils étaient remis par l'un des deux internes menant la consultation.

Les patients recevaient leur questionnaire en fin de consultation et le remplissaient dans la salle d'attente pour le déposer dans une urne mise à leur disposition. Les questionnaires étaient anonymes.

Ils ont été élaborés à partir d'une réflexion collégiale entre médecins, psychologues, infirmier et sociologue. Deux tests ont été effectués sur un total de 31 patients avant d'aboutir à la version finale.

1) Eléments de satisfaction

La satisfaction a été étudiée au moyen d'un questionnaire, décliné selon l'orientation initiale des patients dans le dispositif (patients adressés par les Urgences de Mauriac, par des Cabinets de médecine générale ou venus d'eux-mêmes).

Elle prenait en compte la satisfaction globale des patients, le motif de leur orientation dans le dispositif, leur désir de revenir ou non, leurs réticences, les points positifs et négatifs de ce dispositif et, pour les patients venus d'eux-mêmes, leur source d'information du dispositif.

2) Données biomédicales

Les fiches biomédicales renseignées comportaient des questions telles que :

- Date et horaire de la consultation.
- Sexe.
- Age.
- Motif de consultation.
- Médecin traitant ou non.
- Visite à domicile ou non.
- Orientation initiale dans le dispositif.
- Orientation finale en fin de consultation.
- Examen complémentaire ou non.
- Avis médical ou non.

Ces données n'étaient pas communiquées aux patients et ont permis de caractériser la population et la nature de la prise en charge.

B) Questionnaire médecins

Les questionnaires ont été élaborés après 6 entretiens semi-directifs exploratoires, auprès de 3 médecins généralistes et de 3 urgentistes. Ils ont été envoyés par voie postale et étaient anonymes.

Les questionnaires (Cf. Annexes II) ont été délivrés à partir du 01/03/2017, soit 18 semaines après le début des consultations dans le dispositif. Préalablement, au début de la mise en place du dispositif, les médecins avaient reçu une lettre d'information leur expliquant cette nouvelle offre de soins.

Les questionnaires exploraient globalement les besoins propres des médecins et leur estimation des besoins du Nord Cantal, la réponse du dispositif à ces besoins, leur participation au dispositif et leurs réticences à celui-ci, les inconvénients et les améliorations possibles ainsi que leur avis sur la pérennisation du dispositif. Leur âge, ancienneté, type d'exercice et la distance de leur Cabinet à l'hôpital étaient également recueillis.

C) Débriefing des internes en SASPAS

L'étude de la satisfaction des internes et de leur avis concernant le dispositif s'est faite entre les deux internes au moyen d'un débriefing semi-directif le dernier jour du stage (le 30/04/2017).

IV) Analyse statistique

L'analyse des statistiques a été réalisée avec Stata V12. Les données ont été décrites sous forme de fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne +/- écart type pour les variables quantitatives. Les comparaisons selon l'interne investigateur (l'interne consultant) et selon l'orientation initiale (patients adressés par les Urgences de Mauriac, par des Cabinets de médecine générale ou venus d'eux-mêmes) ont été réalisées à l'aide du test du chi2 (ou test exact de Fisher le cas échéant).

L'analyse du score de satisfaction a été réalisée à l'aide du test de Student (si deux groupes) ou à l'aide d'une analyse de variance (si trois groupes ou plus). Tous les tests étaient bilatéraux et une valeur de « p » inférieure à 5% a été considérée comme statistiquement significative.

Pour le questionnaire des médecins, une étude a été effectuée en complément sur les liens entre variables quantitatives (scores des médecins et urgentistes, distance, ancienneté de l'installation) à l'aide de coefficient de corrélation de Spearman. Pour chaque groupe de questions (difficultés propres, difficultés au niveau du Nord Cantal, avantages du dispositif,...) un score a été établi. Tous les items des groupes de questions étaient cotés de 0 à 10, du plus négatif au plus positif (pas du tout d'accord (=0) ; plutôt pas d'accord (=3.3) ; plutôt d'accord (= 6.6) ; tout à fait d'accord (=10)). Le score est la moyenne de tous les items pour chaque groupe de questions. Il a été coté de 0 à 10. Un score

élevé reflète l'approbation au groupe de questions. Les scores sont indiqués dans la partie résultat de la thèse et les différents items de chaque groupe de questions sont représentés dans les graphiques en annexe.

RESULTATS

I) Patients

(Les renvois des graphiques et tableaux de ce chapitre se trouvent dans l'annexe III, A)

A) Analyse descriptive de l'échantillon

599 patients ont été inclus dans l'étude dont 81.5% ont répondu au moins partiellement au questionnaire.

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau I.

B) Analyse descriptive de la satisfaction

Parmi les patients (ou leurs représentants) qui ont répondu aux questions, la satisfaction moyenne des patients est de 9/10, +/-1.3 (n= 475). Sur 488 patients répondants, tous (100%) ont déclaré accepter de revenir si leur état de santé le nécessitait et s'ils étaient réorientés vers le dispositif.

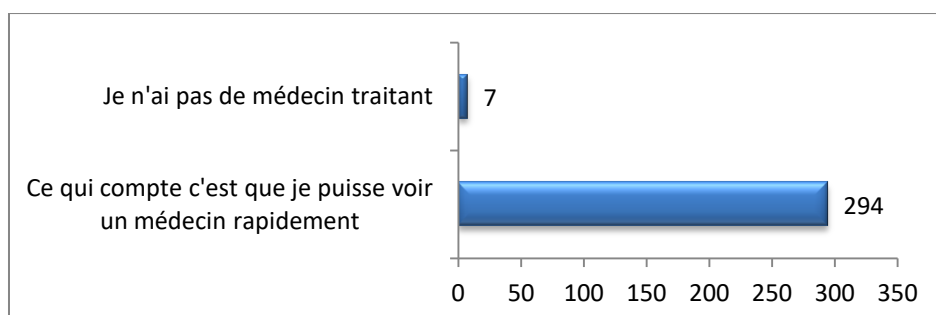
1) Patients adressés par les Cabinets de médecine générale

Les 409 patients adressés par les Cabinets de médecine générale représentaient 68.3% du total des patients inclus dans l'étude. Cf. graphique 1

Parmi les 344 patients qui ont répondu, 44.8% d'entre eux ont dit avoir été orientés parce que leur médecin était absent et 28.2% parce que leur médecin était surchargé de patients.

91.6% des patients sur les 335 qui se sont exprimés n'ont pas eu de réticence à venir dans le dispositif. Pour 97.7% d'entre eux et sur un total de 301 patients, le motif principal a été de vouloir consulter un médecin rapidement.

Causes favorables à l'orientation dans le dispositif par les patients des cabinets de médecine générale (n= 301) (Questions à choix multiples)



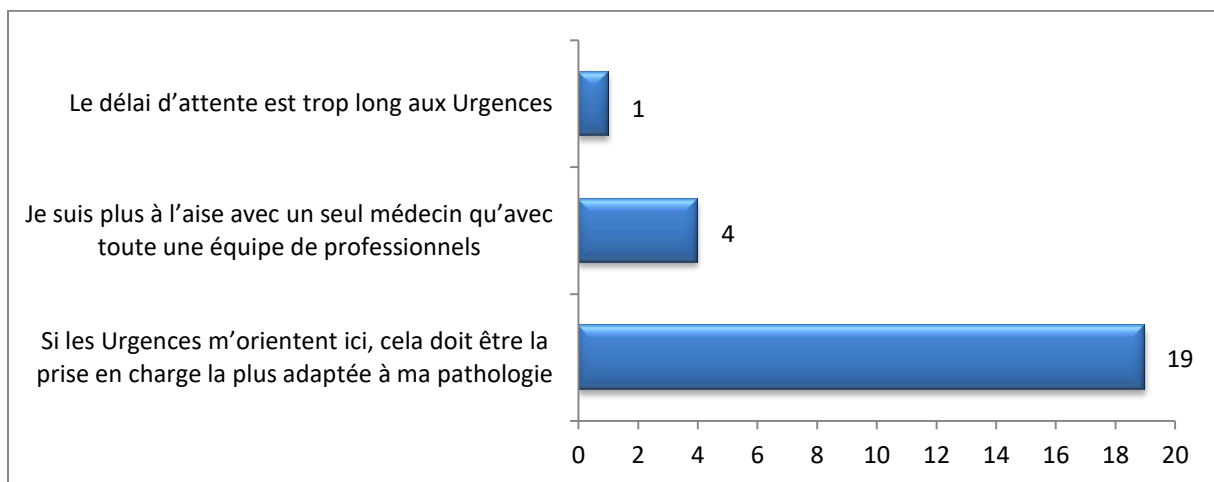
Concernant les 8.4% des patients ayant eu des réticences à venir dans le dispositif, 25 se sont exprimés dont 68% ont mis en avant que leur médecin traitant les connaissait mieux. Cf. graphique 2

2) Patients adressés par le service d'Urgences

Les 51 patients adressés par le service d'Urgences représentaient 8.5% du total des patients inclus dans l'étude. Cf. graphique 1

Parmi les 31 patients qui ont répondu, 67.7% des patients étaient favorables à leur transfert dans le dispositif, dont 90.5% à penser que si les urgentistes leur proposaient cette orientation, c'est qu'elle était la plus adaptée à leur prise en charge.

Causes favorables des patients des Urgences à être transférés dans le dispositif (n=24) (Questions à choix multiples)



22.6% étaient indifférents et voulaient simplement consulter un médecin rapidement.

9.7% des patients avaient des réticences et aurait préféré rester aux Urgences, car ils pensaient tous avoir accès plus rapidement aux examens complémentaires.

3) Patients venus d'eux-mêmes

Les 139 patients venus de leur propre initiative représentaient 23.2% du total des patients inclus dans l'étude. Cf. graphique 1

Parmi 153 réponses relevées, la principale raison de la venue directe des patients dans le dispositif s'est avérée être un accès plus rapide aux soins pour 37.9%.

Raisons du choix de l'orientation dans le dispositif des patients venus d'eux-mêmes (Questions à choix multiples)	n	%
Je pense que l'accès aux soins est plus rapide	58	37,9
Cette consultation est plus proche de mon domicile que le cabinet de mon médecin traitant	25	16,3
Je voulais obtenir un autre avis médical	18	11,8
La proximité du service d'Urgences me rassure	15	9,8
Je n'ai pas de médecin traitant	14	9,1
Mon médecin traitant était absent	13	8,5
Je préférerais consulter un autre médecin que mon médecin traitant pour le motif de ma visite	5	3,3
Je travaille dans l'hôpital	3	2,0
Mon médecin traitant était surchargé	2	1,3
Total	153	100

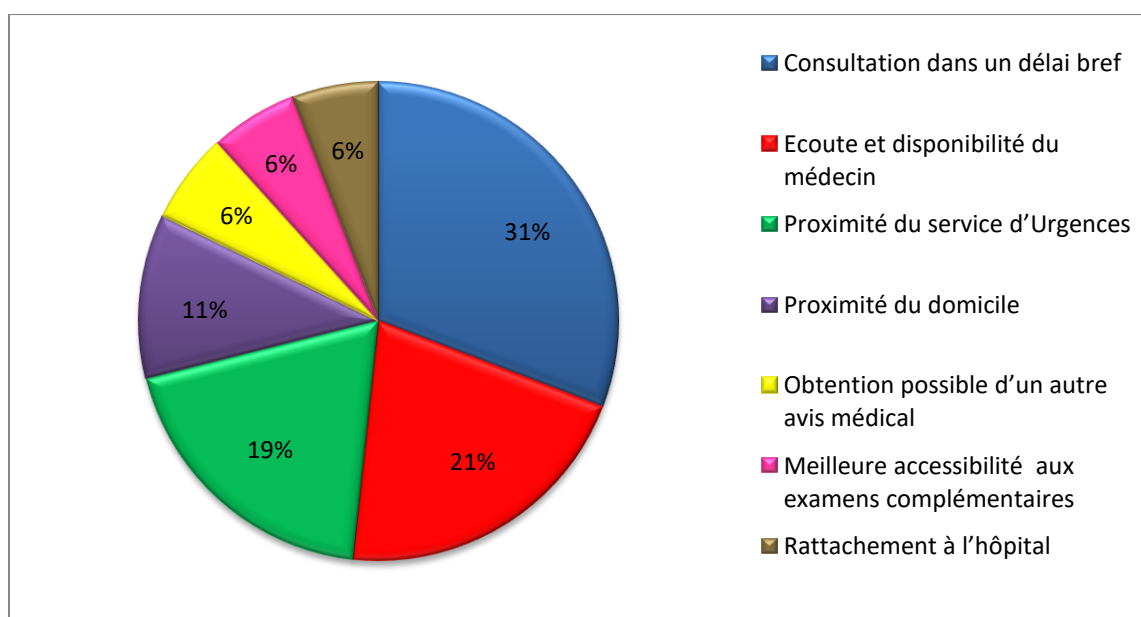
La plupart des patients, 42% sur les 106 qui se sont exprimés, ont pris connaissance du dispositif par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. Cf. graphique 3

26 patients sont revenus d'eux-mêmes spontanément après une première consultation.

4) Avis de ce dispositif selon les patients

Parmi 1083 éléments positifs cités, les trois principaux points positifs étaient une consultation dans un délai bref (31%), l'écoute et la disponibilité du médecin (21%) et la proximité du service d'Urgences (19%).

Éléments positifs (n=1083) du dispositif selon les patients (Questions à choix multiples)



Dans 81% des réponses sur 545, les patients ont coché qu'il n'y avait pas de points négatifs. L'élément négatif le plus cité a été le manque de connaissance du dossier médical par les internes dans 9.9% des réponses sur 545. Cf. graphique 4

C) Analyse descriptive des paramètres biomédicaux

1) Horaires de consultation

Les horaires de consultation sont représentés dans le tableau II.

2) Fréquentation

Sur les six mois de stage, 7 patients en moyenne se sont présentés par jour.

La fréquentation par semaine était fluctuante tout au long du stage et dépendait essentiellement des épidémies. Par semaine, il y a eu au maximum 68 patients et au minimum 17.

3) Déclaration de médecin traitant

Sur les 599 patients inclus dans l'étude, 94.5% patients avaient un médecin traitant, 5.2% n'en avaient pas et 0.3% (2 patients) ont signé une déclaration « médecin traitant » avec le Dr JOYEUX c'est-à-dire avec le dispositif. 21 patients ont expressément demandé d'avoir comme médecin traitant le Dr JOYEUX. Sur la totalité des patients de plus de 16 ans (n=395) ayant un médecin traitant et ayant consulté durant les six mois qu'a duré l'expérimentation du dispositif, 60.3% avaient un médecin traitant dans le Cabinet de groupe de Mauriac (4 médecins), 21% avaient un médecin traitant en dehors du secteur concerné par le dispositif et 18.7% avaient un médecin traitant dans le secteur concerné en dehors du Cabinet de groupe de Mauriac.

4) Orientation en fin de consultation

82.3% de tous les patients ont pu rentrer à domicile sans suivi complémentaire. Cf. graphique 5

5) Demande d'avis médicaux

Pour 17.7% de tous les patients, les internes ont demandé des avis téléphoniques, auprès de leur Maîtres de stage ou de médecins hospitaliers, durant la consultation. Cf. graphique 6

6) Examens complémentaires

18.7% de tous les patients ont bénéficié d'examens complémentaires. Cf. graphique 7

7) Motifs médicaux

Les 6 catégories les plus fréquentes (>5%) sont représentées dans le tableau ci-dessous. Cf. tableau III

Catégories de motifs médicaux	n	%
Infections ORL	167	27,9
Broncho-pulmonaire	84	14,0
Troubles digestifs	82	13,7
Appareil locomoteur	54	9,0
Cutané et sous-cutané	33	5,5
Syndromes viraux	33	5,5
Total	453	75,6

Les principales pathologies étaient :

- Infections ORL : otites moyennes aiguës (n=46), rhino-pharyngites (n=39), sinusites (n=28), trachéites et laryngites (n=28), angines (n=21).
- Pathologies broncho-pulmonaires : bronchites (n=52), toux (n=20).
- Troubles digestifs : gastro-entérites (n=50), douleurs abdominales (n=25).
- Pathologies de l'appareil locomoteur : lombosciatiques (n=12), lombalgies (n=11), cervicalgies (n=5).
- Troubles cutanés et sous-cutanés : éruptions cutanées (n=7).
- Syndromes viraux : grippes (n=12), fièvre (n=12).

D) Etude des relations entre variables

1) En fonction du type d'orientation initiale dans le dispositif

a) Age

L'âge n'a pas eu d'influence sur l'orientation initiale des patients ($p=0.265$).

b) Motifs médicaux

Les patients adressés par les Urgences présentaient moins d'infections ORL et de pathologies broncho-pulmonaires. Par contre ils avaient plus de pathologies cutanées/sous-cutanées.

Les patients venus d'eux-mêmes présentaient moins de troubles digestifs et plus de pathologies de l'appareil locomoteur. ($p=0.02$). Cf. graphique 8

c) Examens complémentaires

L'orientation initiale dans le dispositif n'a pas eu d'influence sur la prescription d'examens complémentaires. ($p=0.181$)

d) Orientation finale suite à la consultation dans le dispositif

Les patients adressés par les Cabinets de médecine générale ont plus bénéficié d'un retour à domicile sans suite.

Les patients venus des Urgences ont nécessité plus d'hospitalisations, de suivis avec leur médecin traitant ou de réorientations vers le service d'Urgences.

Les patients venus d'eux-mêmes ont été plus nombreux à nécessiter un suivi dans le dispositif. ($p=0.000$) Cf. graphique 9

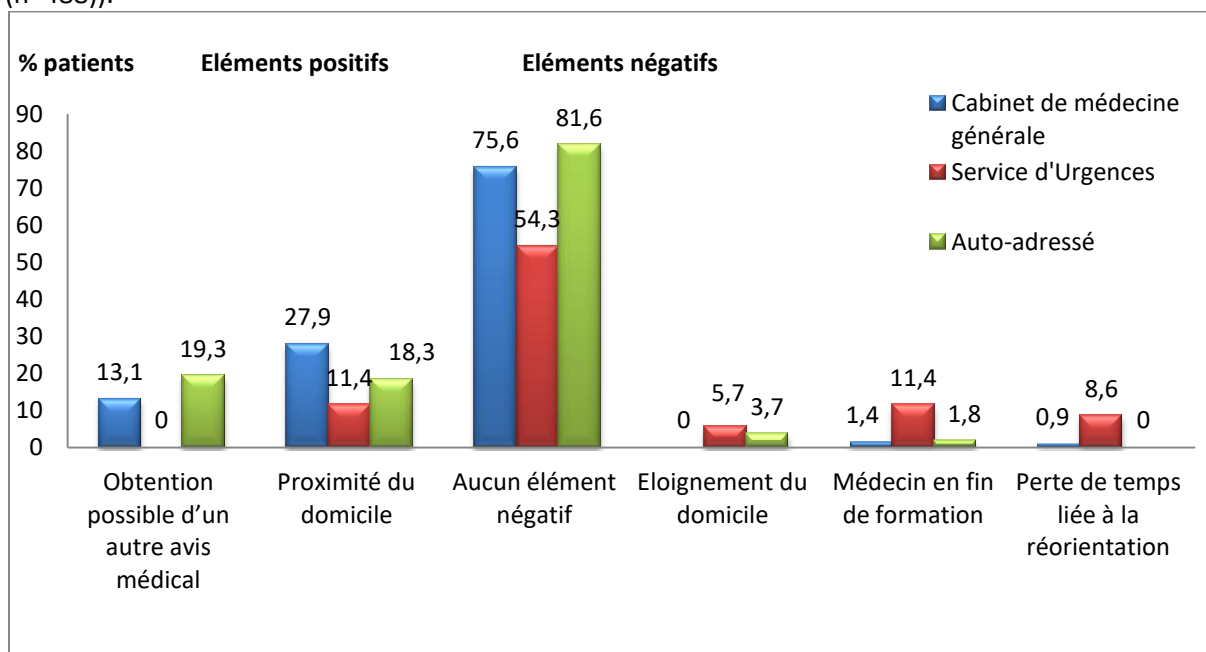
e) Éléments positifs et négatifs du dispositif selon les patients

Les patients venus d'eux-mêmes ont plus souvent demandé un autre avis que ceux adressés par les Cabinets médicaux, alors que ceux venus des Urgences n'ont pas eu cette demande. ($p=0.014$)

La proximité du dispositif par rapport au domicile des patients a été plus mentionnée comme positif par ceux envoyés des Cabinets ou venus de leur propre initiative. ($p=0.022$)

Les patients venus des Urgences ont trouvé plus d'éléments négatifs que les autres ($p=0.005$), notamment au niveau de l'éloignement de leur domicile par rapport au dispositif ($p=0.000$), du fait que ce soit un interne en fin de formation qui assure la consultation ($p=0.001$) et de la perte de temps dans la réorientation (transfert des Urgences vers le dispositif) ($p=0.000$).

Proportion des éléments positifs et négatifs en fonction de l'orientation initiale dans le dispositif (Pourcentages par rapport aux patients qui ont répondu au moins partiellement au questionnaire ($n=488$)).



2) En fonction de la satisfaction

La satisfaction n'a pas été influencée par le sexe des patients ($p=0.593$) ou leur âge (pour les plus de 18 ans) ($p=0.39$), ni par l'orientation initiale dans le dispositif ($p=0.380$), ni par celle en fin de consultation ($p=0.429$), ni par la prescription d'examen complémentaires ($p=0.168$), ni par le fait d'avoir un médecin traitant ou non ($p=0.335$).

II) Médecins

(Les renvois des graphiques et tableaux de ce chapitre se trouvent dans l'annexe III, B)

A) Analyse descriptive de l'échantillon

15 médecins généralistes sur 19 (78.9%) et 11 médecins urgentistes sur 13 (84.6%) ont répondu au questionnaire. Les principales caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans les tableaux IV et V.

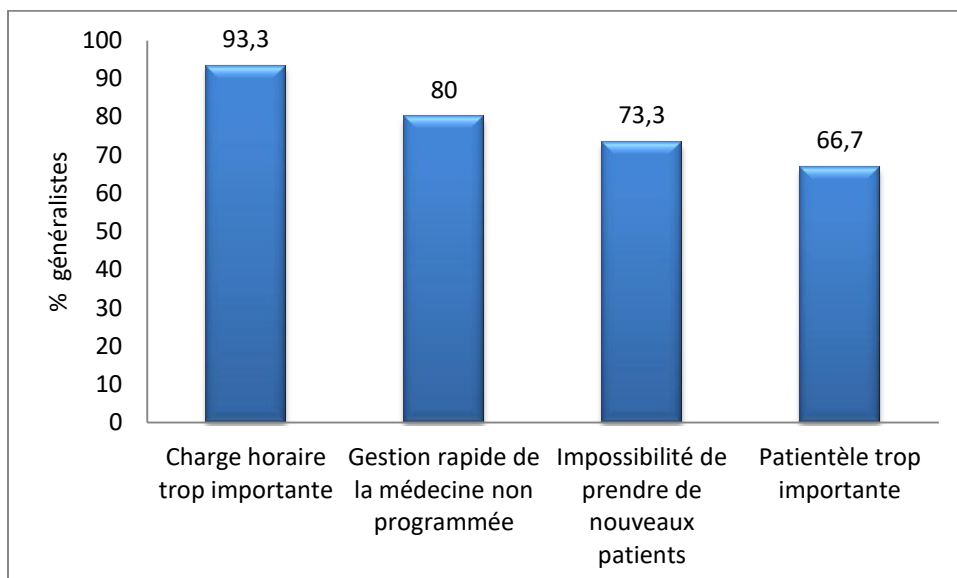
B) Analyse descriptive des questionnaires

Chaque score cité ci-dessous est accompagné d'un renvoi à un graphique. Celui-ci met en évidence les pourcentages de ses différents items.

1) Difficultés individuelles

Sur une échelle de 0 à 10, les généralistes ont un score moyen de 6.5/10, +/-2.4 (n= 15) quant à leurs difficultés à gérer leur patientèle.

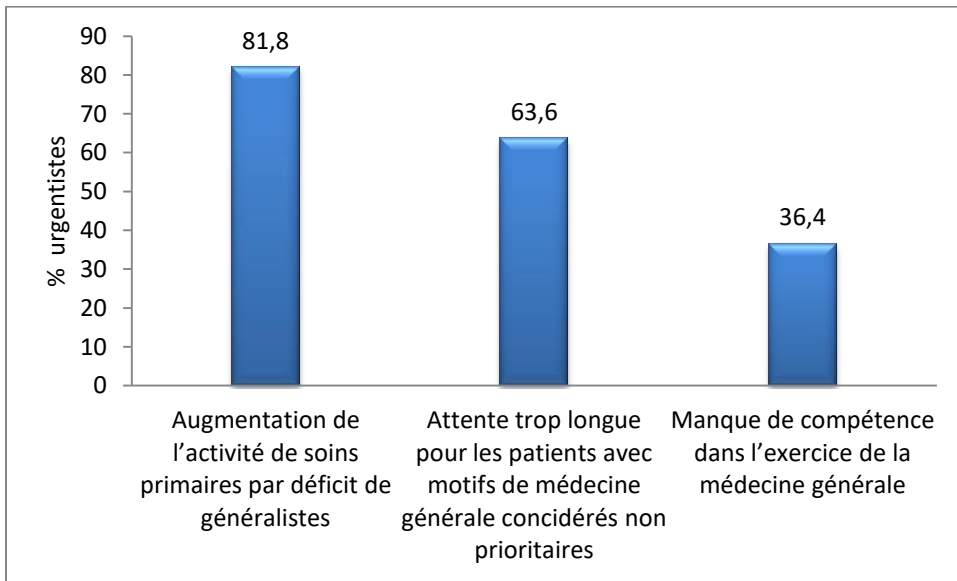
Difficultés propres aux généralistes (n=15) (Questions à choix multiples)



Un médecin a précisé que la difficulté était plus liée aux urgences ressenties par les patients qu'à celles médicalement justifiées.

Les urgentistes ont en moyenne un score de 5.5/10, +/-2.4 (n=11) de difficultés dans leur exercice.

Difficultés propres aux urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



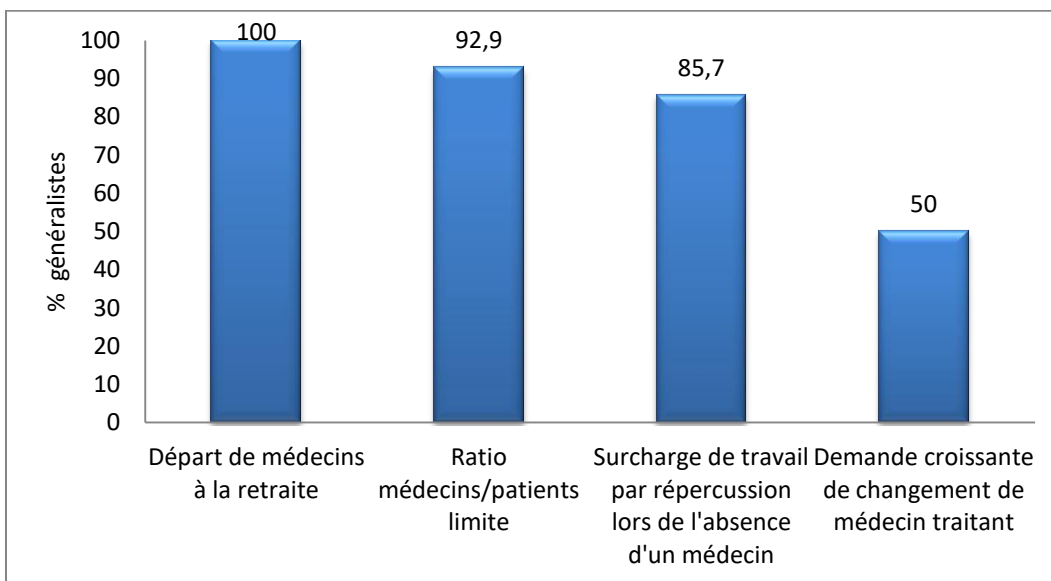
2) Difficultés individuelles des généralistes lors de leurs absences du Cabinet

Le score moyen est de 5.5/10, +/-2.2 (n=15). Cf. graphique 10

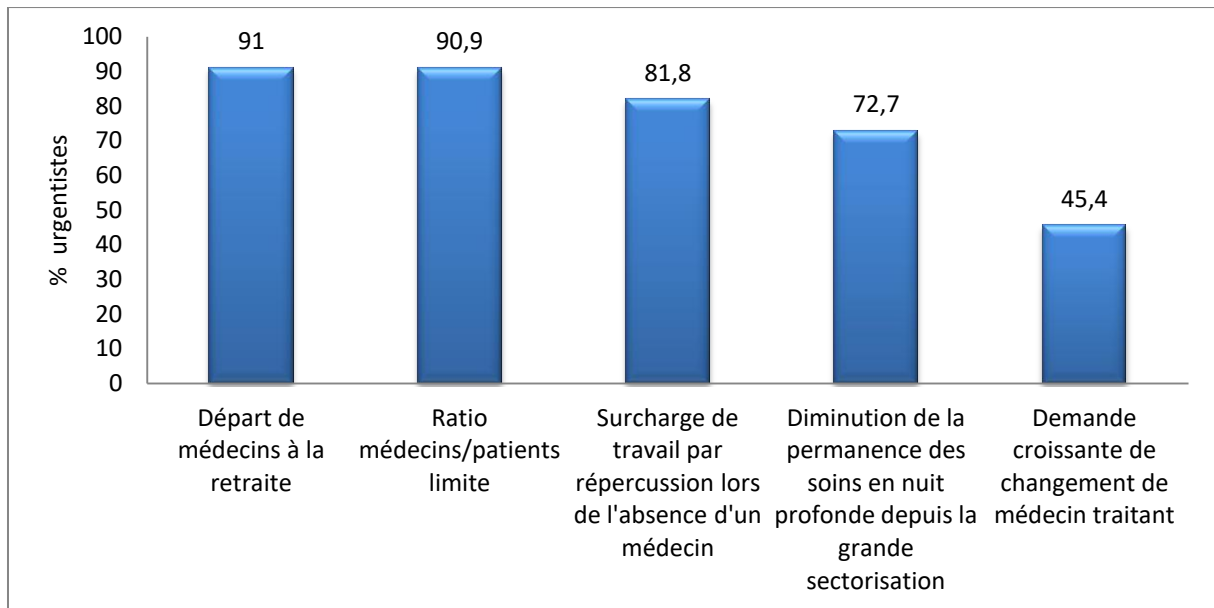
3) Difficultés actuelles au niveau du Nord Cantal

Le score moyen des difficultés estimées est de 7.6/10, +/-1.7 (n=14) selon les généralistes et de 6.8/10, +/-2.3 (n=11) selon les urgentistes.

Difficultés actuelles au niveau du Nord Cantal selon les généralistes (n=14) (Questions à choix multiples)



Difficultés actuelles au niveau du Nord Cantal selon les urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



Un généraliste a souligné la difficulté liée à l'exercice médical par des médecins parlant difficilement la langue française.

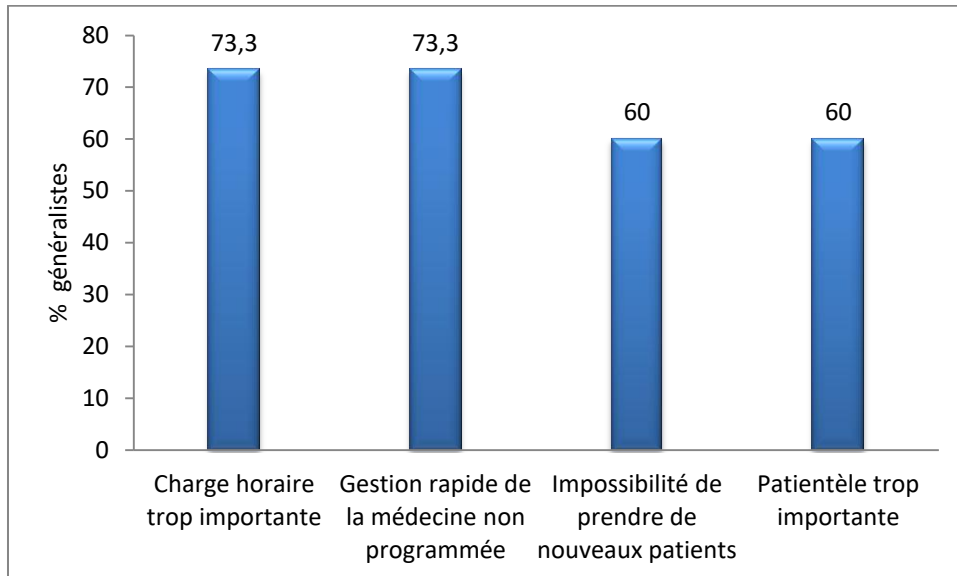
4) Difficultés dans un avenir proche au niveau du Nord Cantal

Le score moyen est de 6.5/10, +/-2.1 (n=14) selon les généralistes et de 8.3/10, +/-1.5 (n=11) selon les urgentistes. Cf. graphiques 11 et 12

5) Bénéfices du dispositif apportés aux difficultés propres des médecins

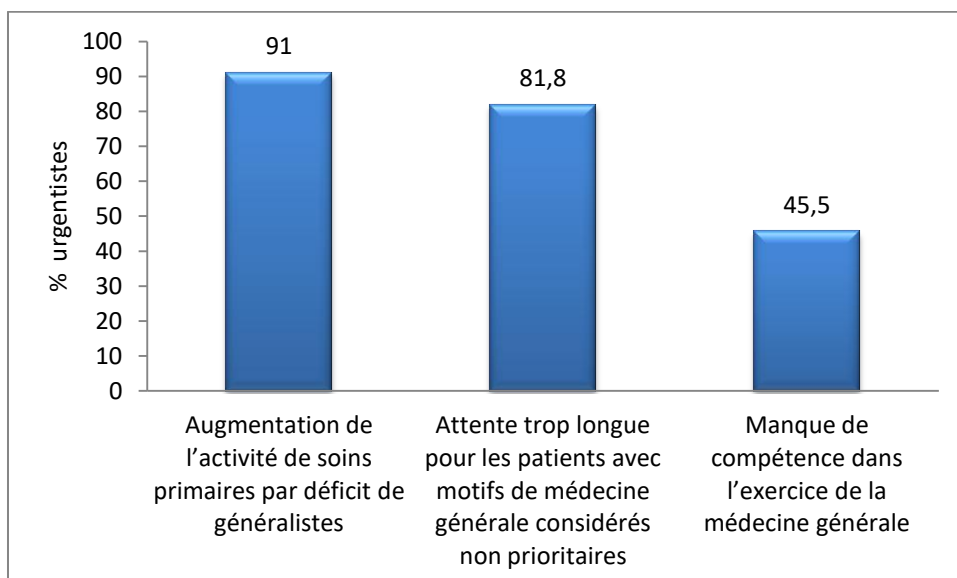
Le score moyen de réponse par le dispositif aux difficultés des généralistes est de 6/10, +/-2.6 (n=15).

Réponses du dispositif aux difficultés des généralistes (n=15) (Questions à choix multiples)



Les urgentistes ont, quant à eux, un score moyen de 6.3/10, +/-1.9 (n=11).

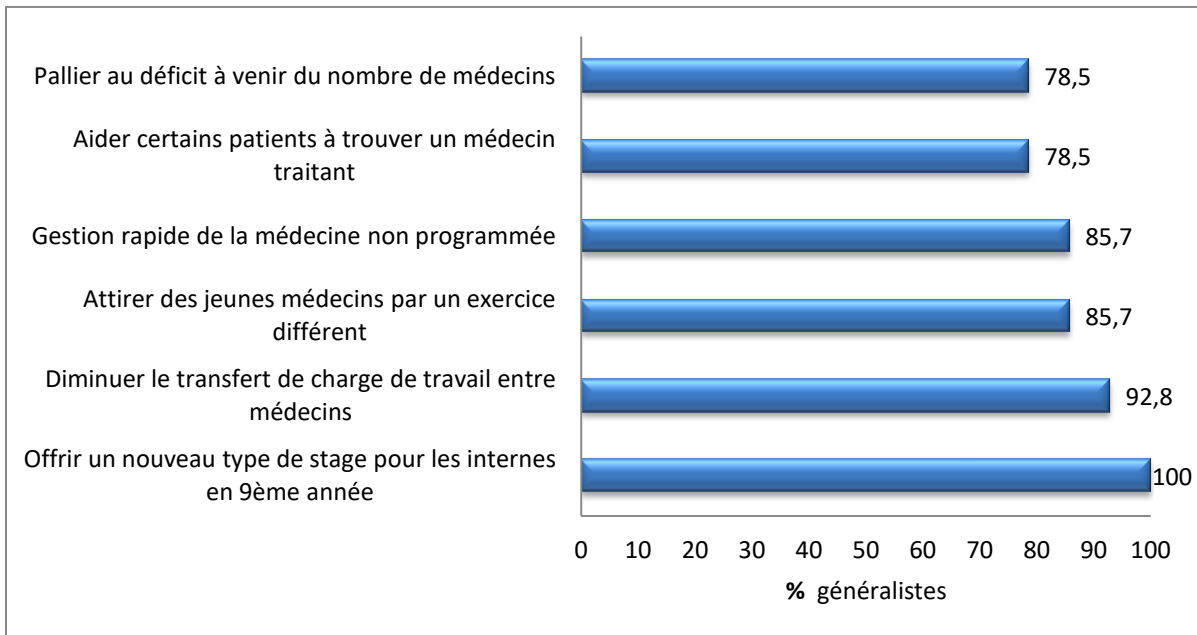
Réponses du dispositif aux difficultés des urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



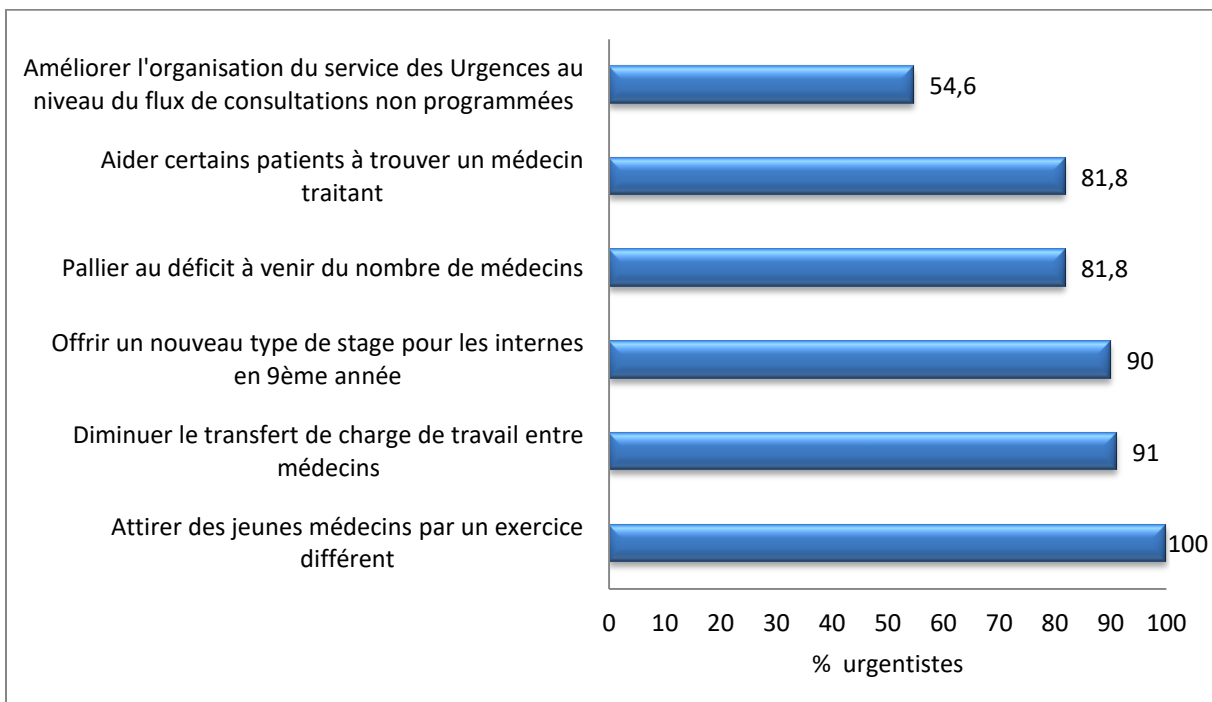
6) Bénéfices du dispositif apportés aux difficultés du Nord Cantal

Le score moyen est de 6.9/10, +/-1.8 (n=14) selon les généralistes et de 6.9/10, +/-2 (n=11) selon les urgentistes.

Réponses du dispositif aux difficultés du Nord Cantal selon les généralistes (n=14) (Questions à choix multiples)



Réponses du dispositif aux difficultés du Nord Cantal selon les urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



7) Participation au dispositif

Parmi les 15 généralistes ayant répondu au questionnaire, 46.7% ont déclaré avoir adressé des patients dans le dispositif ; 80% ont déclaré que certains de leurs patients ont consulté dans le dispositif sans leur intermédiaire.

Parmi 13 généralistes, 61.5% ont déclaré avoir eu besoin de revoir en consultation quelques patients pris en charge dans le dispositif; 38.5% n'ont pas eu besoin d'en revoir.

10 généralistes sur 11 ayant répondu à la question ont eu des retours positifs de leurs patients à propos de leur prise en charge dans le dispositif. Un médecin n'a pas eu de retour.

Au niveau des urgentistes, sur les 11 ayant répondu au questionnaire, 90.9% ont adressé des patients dans le dispositif.

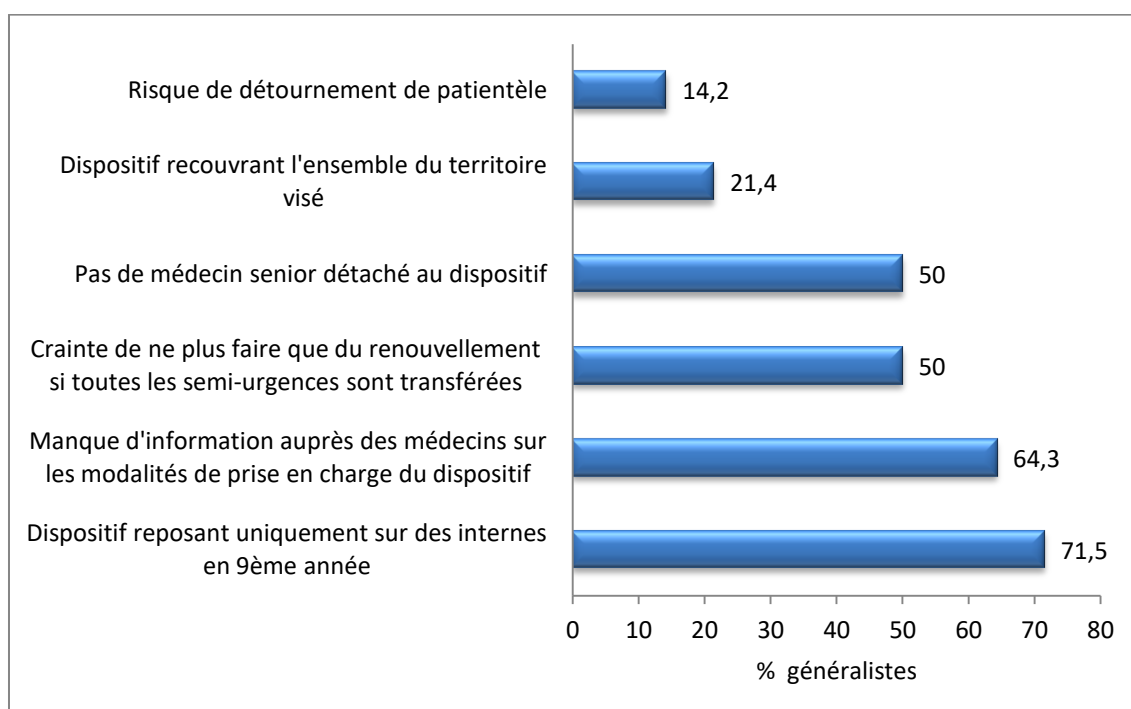
8) Préférences de modalité de réception du compte-rendu médical pour les généralistes suite aux consultations dans le dispositif

Sur les 15 généralistes, les préférences de modalité de réception des comptes-rendus médicaux ont été par ordre d'importance : 53.3% par voie postale, 40% par mail, 26.7% par le patient lui-même, 6.6% par voie téléphonique.

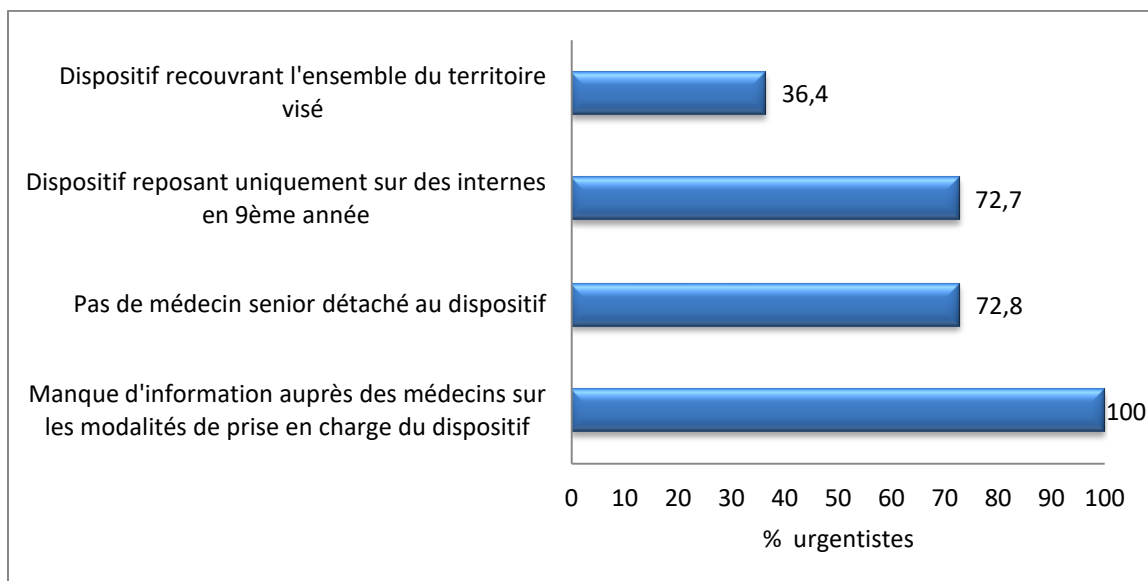
9) Inconvénients du dispositif

Sur une échelle de 0 à 10, le score moyen des inconvénients du dispositif estimé par les généralistes est de 4.6/10, +/-2 (n=14). Selon les urgentistes le score moyen est de 6.1/10, +/-2.2 (n=11).

Inconvénients du dispositif selon les généralistes (n=14) (Questions à choix multiples)



Inconvénients du dispositif selon les urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



Un urgentiste a mentionné que la seule présence dans le dispositif d'un interne en SASPAS était suffisante s'il n'y avait que des consultations non programmées. Par contre si le dispositif prenait des patients en tant que médecin traitant, alors il fallait qu'un médecin senior y soit intégré pour assurer le suivi de ces patients. Un autre urgentiste ainsi que l'un des généralistes ont pensé que le médecin responsable du dispositif devrait être un médecin généraliste et non un urgentiste.

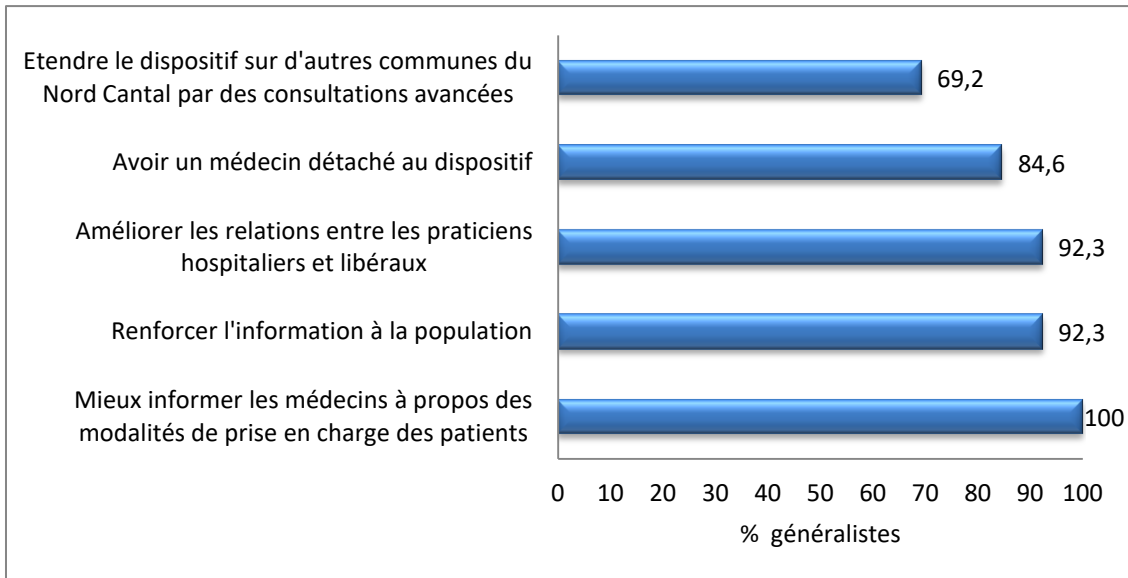
10) Réticences à la participation au dispositif

Le score moyen des réticences est de 2.9/10, +/-2.3 (n=14) pour les généralistes et de 2/10, +/-1.7 (n=11) pour les urgentistes. Cf. graphiques 13 et 14

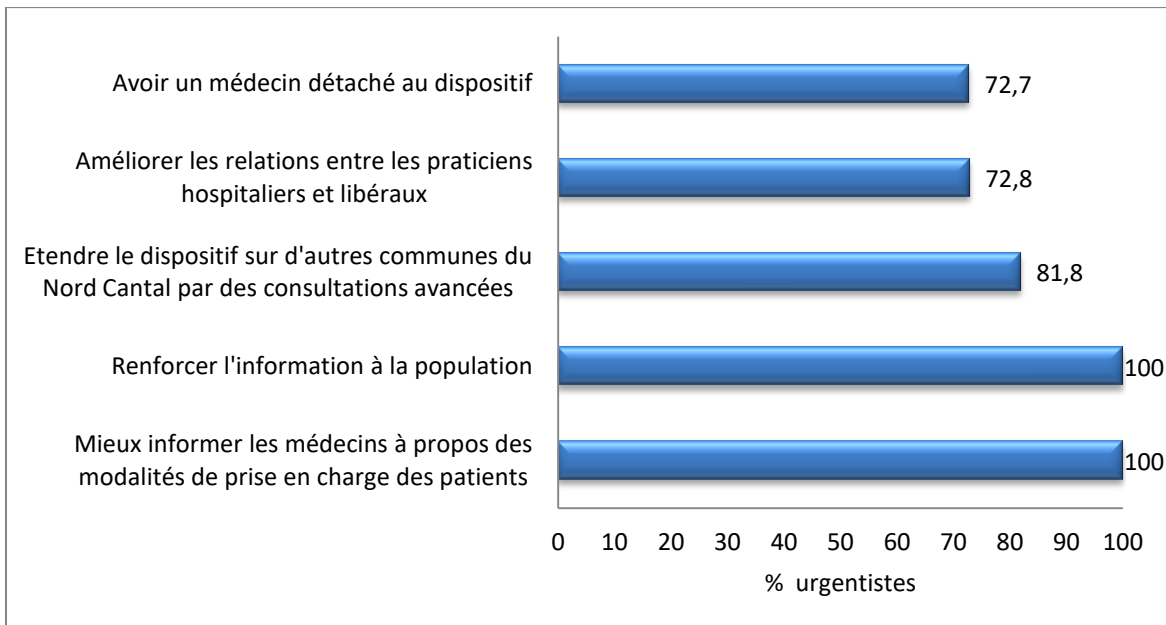
11) Améliorations ultérieures du dispositif

Toutes les améliorations proposées dans le questionnaire ont été sélectionnées.

Améliorations du dispositif souhaitées par les généralistes (n=13) (Questions à choix multiples)



Améliorations du dispositif souhaitées par les urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



Un généraliste a précisé en plus qu'une réunion avec les médecins cibles serait nécessaire.

12) Pérennisation du dispositif

Les généralistes (n=15) étaient favorables à 86.7% à la pérennisation du dispositif, alors que 13.3% avaient un avis mitigé. 5 généralistes ont argumenté leur avis par rapport à la désertification médicale. Un généraliste a insisté sur le fait que le projet devrait être accompagné par l'ARS, la Région et le Département de médecine générale de la faculté de Clermont-Ferrand.

Tous les urgentistes (n=11) de leur côté se sont montrés favorables à la pérennisation du dispositif. Deux urgentistes ont précisé que le dispositif ne pourrait se poursuivre avec la composante « médecin traitant » que s'il y avait un médecin senior rattaché en plus de l'interne.

13) Exportation du dispositif

Les généralistes (n=14) étaient favorables à 78.6% à exporter ce dispositif dans d'autres zones en désertification, alors que 21.4% avaient un avis mitigé.

Les urgentistes (n=10) étaient favorables à 90% à l'exportation du dispositif. Un urgentiste a pensé que l'exportation du dispositif ne pouvait se faire que s'il y avait un plateau technique disponible à proximité de la consultation, pour sécuriser les internes opérateurs.

14) Autres solutions pour faire face à la désertification médicale

a) Pour les médecins généralistes

- Augmenter le numerus clausus (cité 4x).
- Remplacer la médecine libérale par une médecine salariée (cité 3x).
- Regrouper l'exercice médical en MSP publique ou privée (cité 2x).
- Améliorer l'attractivité de la médecine libérale dans un secteur où la population et les services publics sont en baisse, revitaliser les zones rurales (cité 1x).
- Créer un pôle d'emploi pour les conjoints (es) des médecins voulant s'installer (cité 1x).
- Diminuer la charge administrative chronophage (cité 1x).
- Limiter le temps de remplacement avant l'installation de manière obligatoire (cité 1x).
- Proposer des stages d'externes et internes mixtes public/privé et hôpital-libéral et les rendre obligatoires (cité 1x).
- Apprendre à mieux valoriser la médecine générale et le territoire auprès des jeunes médecins (cité 1x).
- Créer des téléconsultations (cité 1x).

b) Pour les médecins urgentistes

- Réformer la liberté d'installation (cité 3x).
- Maintenir un service public par l'Etat afin que les zones rurales ne soient plus de véritables déserts, de façon à attirer les jeunes médecins (cité 2x).

C) Etude des relations entre variables

1) Médecins généralistes

La seule corrélation qui a pu être mise en évidence se situe entre leurs difficultés propres à leur exercice et les réponses du dispositif à leurs difficultés ($\rho=0.547$, $p=0.035$).

L'âge des généralistes n'a pas influencé leur estimation des difficultés propres ($p=0.413$) ou celles du Nord Cantal, que ce soit actuellement ($p=0.902$) ou dans un avenir proche ($p=0.601$).

Le nombre d'années d'installation des généralistes n'a pas influencé leur estimation des difficultés propres ($\rho=0.199$, $p=0.478$) ou celles du Nord Cantal, que ce soit actuellement ($\rho=0.061$, $p=0.835$) ou dans un avenir proche ($\rho=-0.147$, $p=0.615$).

La modalité d'exercice (Cabinet individuel, en groupe ou maison de santé pluridisciplinaire) des généralistes n'a pas influencé leurs difficultés propres ($p=0.708$).

Il n'y a pas eu de corrélation entre la distance de l'hôpital au Cabinet des généralistes et leurs difficultés propres ($\rho=-0.048$, $p=0.865$).

2) Médecins urgentistes

Comme pour les généralistes, seule la corrélation mise entre les difficultés propres des urgentistes et les réponses du dispositif à ces difficultés a pu être mise en évidence ($\rho=0.764$, $p=0.006$).

L'âge des urgentistes n'a pas influencé leur estimation des difficultés propres ($p=0.212$) ou celles du Nord Cantal, que ce soit actuellement ($p=0.474$) ou dans un avenir proche ($p=0.504$).

Le nombre d'années d'exercice des urgentistes à Mauriac n'a pas influencé leur estimation des difficultés propres ($\rho=-0.197$, $p=0.562$) ou celles du Nord Cantal que ce soit actuellement ($\rho=-0.339$, $p=0.339$) ou dans un avenir proche ($\rho=-0.384$, $p=0.243$).

Le mode d'exercice (uni-site ou multi-sites) des urgentistes n'a pas influencé leurs difficultés propres ($p=0.05$).

III) Internes en SASPAS

A) Seniorisation

Les internes étaient principalement seniorisés par leurs Maîtres de stage libéraux. Ces derniers étaient très disponibles pour répondre à leurs questions tant par téléphone durant les consultations que lors des débriefings. Les internes ont pu également demander des avis auprès des médecins du service d'Urgences et du service de médecine polyvalente.

B) Points positifs

Les points positifs et partagés identifiés par les deux internes opérateurs étaient :

- L'autonomisation.
- Un stage hôpital/libéral complémentaire qui a permis de se faire une meilleure idée de la pratique en salariat et en libéral.
- Un plateau technique facilement à disposition : biologie, radiographie, échographie.
- La possibilité d'assister aux échographies prescrites.
- Des consultations spécialisées disponibles dans l'hôpital (dermatologie, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, orthopédie, pédiatrie).
- La mise en place d'un Cabinet et de sa gestion sans l'aspect administratif.
- La sécurité de l'exercice médical grâce au service d'Urgences à proximité.

C) Points négatifs

Les points négatifs repérés et partagés par les deux internes se sont avérés être :

- Un temps d'attente trop long pour les patients en cas de forte affluence, notamment en cas d'épidémie, car les consultations avaient lieu sans rendez-vous. Au-delà de 15 consultations par jour, la prise de rendez-vous et les services d'un secrétariat seraient nécessaires.
- Une affluence faible pour l'instant (7 patients par jour en moyenne).
- Un fonctionnement non optimal du dispositif par manque d'information auprès de la population et des généralistes concernés.

- Les consultations ont surtout été réalisées pour la population de Mauriac et la patientèle adressée par les généralistes provenait essentiellement d'un seul Cabinet qui a été l'initiateur du projet. Il y a eu peu de participation des autres Cabinets du secteur.

D) Déclaration médecin traitant

Le dispositif a accueilli en tant que « médecin traitant » uniquement deux patients, avec comme référent le Dr JOYEUX, mais étant donné le doute sur la pérennité du dispositif, il a été décidé d'arrêter de prendre de nouveaux patients. Dans le cadre d'un suivi de patients, avec notamment une charge administrative importante, les internes ont pensé qu'il serait nécessaire d'avoir un médecin senior rattaché au dispositif. Sans senior présent, les internes ont eu du mal à se sentir légitimes auprès d'autres confrères quand il s'agissait de parler d'un patient « affilié au dispositif ». De plus, si la possibilité de prendre des patients en tant que « médecin traitant » dans le dispositif se pérennisait, il manquerait la partie suivi des patients, du fait de la présence uniquement périodique des opérateurs (renouvellement tous les 6 mois de stage des internes). Les internes du dispositif ont pensé qu'un senior rattaché au dispositif serait nécessaire aussi de ce point de vue là.

Les visites à domicile, prévues initialement pour les patients affiliés au dispositif, n'ont pu se réaliser du fait des difficultés d'organisation et de mise en place (paiement à domicile, dédommagement de transport pour l'interne, gestion du planning de visite avec en même temps des consultations non programmées) et du faible nombre de patients concernés (2 patients).

E) Intérêt du dispositif

Les deux internes ont fait ressortir les intérêts du dispositif suivants :

- Intérêt pour la médecine non programmée du secteur.
- Possibilité de prendre des patients en tant que médecin traitant si le dispositif se pérennisait avec un senior rattaché.
- Stage très formateur pour l'interne (autonomisation, sécurisation de l'exercice, plateau technique,...).
- Intérêt de faire connaître le secteur géographique à la faculté et aux internes de médecine générale pour une éventuelle installation future.

F) Améliorations proposées

- Présence d'un senior rattaché pour un suivi « médecin traitant » à mettre en place.
- Meilleure communication vers la population et les médecins concernés.
- Programmation des consultations en cas d'affluence importante.

Proposition d'évolution progressive du dispositif selon l'affluence :

Affluence	Faible	Moyenne	Forte
Activités	Soins non programmés	Soins non programmés + Possibilité de « médecin traitant »	Soins programmés et non programmés + Possibilité de « médecin traitant »
Médecins	SASPAS	Senior temps partiel + SASPAS Ou Senior plein temps + interne de niveau 1	Senior plein temps + SASPAS

DISCUSSION

I) Principaux résultats

A) Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de mesurer la satisfaction des trois protagonistes impliqués dans le dispositif de consultation de médecine générale à l'hôpital de Mauriac assuré par des internes en SASPAS.

Les patients avaient une satisfaction moyenne de 9/10 avec très peu de réticences à venir consulter dans le dispositif. Les patients étaient donc favorables à la mise en place du dispositif. Dans 31% des cas, la consultation dans un délai bref a été un point positif du dispositif. Les autres points positifs ont été l'écoute et la disponibilité de l'interne dans 21% des cas et la proximité du service d'Urgences dans 19% des cas. Ces résultats indiquent que le dispositif peut répondre à la demande des patients à savoir une prise en charge rapide et dans un milieu sécurisé. Le fait que la consultation ait été faite par des internes ne les a pas gênés.

Au niveau des médecins, les généralistes affichent plus de difficultés dans leur exercice que les urgentistes, même si leurs besoins paraissent modérés dans la moyenne. Dans les deux spécialités, il a été identifié un problème de démographie médicale au niveau du Nord Cantal.

Les médecins (généralistes et urgentistes) en moyenne pensent que le dispositif peut répondre de manière modérée à leurs besoins individuels mais voient un bénéfice plus important au niveau territorial. Ils ont eu très peu de réticences à participer au dispositif mais ont trouvé que le manque d'information et le fait que ce dispositif ne repose que sur des internes sans senior rattaché en représentaient les principaux inconvénients. Bien que 46.7% des généralistes aient déclaré avoir adressé des patients dans le dispositif, ils ne l'ont fait que dans une très faible proportion, excepté le Cabinet de groupe de Mauriac.

On peut se demander si cela est dû à un manque de communication au sujet du dispositif (comme retrouvé dans les réponses du questionnaire) ou si les médecins préfèrent travailler seuls et de manière autonome.

Les internes en SASPAS ont quant à eux trouvé le dispositif très formateur et ont considéré qu'il pouvait aider la population si l'ensemble de la communauté médicale du Nord Cantal y adhéra.

B) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de quantifier la fréquentation, le mode d'adressage des patients ainsi que la pratique médicale.

Au total 68.3% des patients ont été adressés par les Cabinets médicaux, 23.2% des patients sont venus d'eux-mêmes et 8.5% ont été adressés par le service d'Urgences. Sur l'ensemble des 6 mois de l'expérimentation, 7 patients se sont présentés en moyenne par jour. 5.2% des patients n'avaient pas de médecin traitant et 21 patients ont demandé à ce que le Dr JOYEUX soit leur médecin traitant. Deux patients ont signé une déclaration « médecin traitant » dans le dispositif. Nous pouvons penser que ce dispositif a répondu à une demande des patients puisque certains sont venus d'eux-mêmes en grand nombre, sans l'intermédiaire de leur médecin traitant ou des Urgences.

Les principales catégories de motifs médicaux étaient les infections ORL, les pathologies broncho-pulmonaire, les troubles digestifs, les pathologies de l'appareil locomoteur, les pathologies cutanées et sous-cutanées ainsi que les syndromes viraux.

Pour 17.7% des patients, les internes ont eu besoin d'obtenir un avis médical, 18.7% des patients ont nécessité des examens complémentaires et 82.3% ont pu retourner à leur domicile sans suite à la fin de la consultation. Les internes ont peut-être demandé d'avantage d'avis médicaux et d'examens complémentaires que dans un Cabinet médical de ville mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de leur premier stage en autonomie et que la confiance dans leur exercice médical s'est faite progressivement.

II) Validité interne

L'étude de ce dispositif expérimental est originale puisqu'à notre connaissance, en dehors de l'expérimentation de Fontenay-le-Comte, faisant l'objet de la thèse en cours de Romain Croue, interne de médecine générale à Nantes, il n'y a pas eu en France d'autre étude ou dispositif tels que les nôtres. La spécificité de notre dispositif réside dans la mobilisation d'internes en SASPAS d'une part, dans le lien entre la médecine libérale et hospitalière qui est proposé d'autre part, ainsi que par la solution novatrice proposée pour la gestion des soins non programmés dans un secteur à faible démographie médicale.

A) Forces

L'étude prend sa force dans l'analyse de la satisfaction des trois protagonistes du dispositif : les patients, les médecins adresseurs (généralistes et urgentistes) ainsi que les internes en SASPAS.

L'étude a permis de réaliser un retour d'expérience structuré sur une solution nouvelle face à la désertification médicale auprès de la Région et de l'ARS, toutes deux fortement intéressées par le dispositif.

Cette étude pourrait servir de base à une réflexion ultérieure sur la pérennisation du dispositif car elle a permis d'identifier les besoins des différents médecins et les attentes des patients.

Ce travail est d'autant plus intéressant que, mis en place dans l'urgence et donc sans la réalisation d'étude préalable, il a montré sa faisabilité et le service médical qu'il pouvait rendre à la population concernée.

Par ailleurs, quelques mois après la fin de l'étude, un médecin du secteur est décédé inopinément. La plupart de sa patientèle est en difficulté pour trouver un nouveau médecin traitant. Ce flux de patient se répercutera sur l'ensemble des médecins installés, déjà débordés, et sur le service d'Urgences de Mauriac. Notre dispositif pourrait répondre en partie à cette nouvelle problématique impactant grandement la démographie médicale du Nord Cantal.

1) Etude patients

599 patients ont été inclus dans l'étude dont 81.5% ont répondu au moins partiellement au questionnaire. L'inclusion s'est faite sur 4 mois et demi. Ce nombre donne une grande puissance à l'étude.

2) Etude médecins

78.9% des généralistes et 84.6% des urgentistes du secteur concerné ont répondu au questionnaire.

3) Etude internes

Le débriefing des internes a été réalisé le dernier jour du stage pour une vision globale du dispositif.

B) Faiblesses

1) Etude patients

Il y a un biais de non-réponses puisque certains patients n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions, par choix ou par omission.

Certains patients, revenus pour différents motifs, ont dû remplir le questionnaire à chaque consultation mais certains d'entre eux s'en sont abstenus. Il en résulte un biais de sélection.

Le biais de sélection est également présent pour les enfants et les personnes dépendantes puisque c'est leur accompagnant qui a rempli le questionnaire.

La satisfaction a été étudiée immédiatement en fin de consultation, dans la salle d'attente, pour obtenir une meilleure participation. Il y a là un biais de mesure car l'étude de satisfaction à distance permet un meilleur recul.

Face à l'incertitude sur la pérennité du dispositif, nous n'avons pas proposé à plus de deux patients de signer une déclaration « médecin traitant ». Nous n'avons pas non plus réalisé de visite à domicile comme il était prévu initialement pour les patients adhérents au dispositif, compte-tenu des difficultés d'organisation et de mise en place.

2) Biais opérateurs

Le fait d'avoir deux opérateurs peut être considéré comme un biais (ou un reflet de la diversité de l'exercice médical) : en effet les pratiques différentes des deux internes ont influencé les résultats au niveau de la prescription d'examens complémentaires, de la demande d'avis médicaux et de l'orientation des patients en fin de consultation. Par ailleurs un des deux internes travaillait à mi-temps dans le principal Cabinet médical adresseur de patients, ce qui a pu entraîner un biais de sélection des patients.

3) Etude médecins

Le principal biais a été un biais de sélection puisque deux médecins du Cabinet de Mauriac étaient fortement impliqués dans la mise en place du dispositif, avec peut-être des enjeux différents du reste de la communauté médicale.

Il y a un biais de non-réponse également puisque certains médecins n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions, par choix ou par omission.

III) Validité externe

A) Dispositifs mixtes hôpital-libéral en France

La coopération de la médecine libérale et hospitalière dans les zones déficitaires se développe et devient une solution face à la désertification [9]. Plusieurs modèles en France ont été déjà testés pour s'adapter au mieux aux besoins locaux [10].

1) Dispositif de Fontenay-le-Comte

Dans le secteur de Fontenay-le-Comte, le constat est quasiment le même que dans le secteur de Mauriac. En effet, le territoire est plutôt rural. Il n'attire plus les jeunes médecins et les actuels généralistes partent en retraite sans être remplacés. La population, si elle n'augmente pas, tend à vieillir et à avoir de plus en plus recours aux soins. Par ailleurs le territoire est pauvre en terrains de stages pour les internes puisqu'il n'y a qu'un seul Maître de stage universitaire (MSU) dans un bassin de plus de 30.000 habitants. Cette situation a motivé un interne en SASPAS à initier, avec le soutien de son Maître de stage et le chef de service d'Urgences, un projet similaire au nôtre, c'est-à-dire une consultation de soins non programmés dans l'hôpital de Fontenay. A l'origine, le dispositif a fonctionné comme un circuit court des Urgences. Les patients sans critères de gravité pouvaient être adressés dans le dispositif par les IAO (Infirmières d'Accueil et d'orientation) selon leur motif médical, grâce à un arbre décisionnel. Puis très rapidement l'information a été délivrée aux médecins de la communauté de communes et aux pharmacies pour les prévenir du dispositif, en leur expliquant qu'il ne constituait pas une concurrence déloyale mais un dispositif complémentaire pour les aider à gérer les soins non programmés et les demandes insistantes à devenir nouveau médecin traitant. Comme dans le dispositif de Mauriac, l'interne disposait également du plateau technique de l'hôpital mais l'a peu utilisé, afin de rester en condition de Cabinet de ville. La grande différence avec notre dispositif réside dans la prise de rendez-vous. En effet, les patients prenaient rendez-vous directement auprès de l'interne par téléphone ou au secrétariat des Urgences. Ainsi les consultations étaient programmées dans un délai bref. Une amélioration de leur projet serait de créer une plateforme informatique sur internet pour la prise de rendez-vous.

Comme dans notre dispositif, les seniors référents sont le chef du service d'Urgences de l'hôpital et le Maître de stage libéral. Les consultations sont assurées 3 jours par semaine.

La thèse est réalisée par Romain Croue, interne en SASPAS dans ce dispositif depuis mai 2017. Il dépend de la faculté de Nantes. Contrairement à nous, son étude s'articule autour du versant pédagogique de ce stage pour les internes et non pas autour de l'utilité du dispositif en tant que telle pour la population. Cette thèse sera très complémentaire à la nôtre.

2) Autres exemples de solutions hospitalo-libérales, sans interne

Beaucoup d'exemples existent, avec différents systèmes : médecins libéraux venant à l'hôpital assurer une permanence de soins, médecins hospitaliers salariés venant assurer la permanence de soins en périphérie... L'ARS a déjà modélisé un type de structure de soins de premiers recours avec des consultations non programmées dans les hôpitaux en juin 2015 [8].

A Saint-Chély-d'Apcher, Roanne, Belle-Ile, Craon-Renazé et Houdan a été créée une coopération ville hôpital pour prendre en charge la médecine non programmée de soins primaires [11] :

-A Saint-Chély-d'Apcher (Lozère), depuis 2014, sont mises en place des consultations de soins primaires non programmés à l'hôpital par des médecins généralistes volontaires. Il y avait une impossibilité pour les médecins traitants de prendre de nouveaux patients et une difficulté à gérer les consultations non programmées. Les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou dont le médecin est surchargé ou absent sont orientés vers cette consultation. Est présente une infirmière de garde disponible pour aider le médecin au niveau des soins (pansement, ...) ou de la prise des renseignements administratifs, des paramètres vitaux, de l'anamnèse et des traitements. Au départ, beaucoup de médecins participaient au dispositif. A ce jour, il n'y en a plus que 4, dont un qui ne vient en moyenne qu'une fois par mois (sur les 4 médecins de Saint-Chély, 3 participent au dispositif). Le médecin qui est présent le plus souvent a son Cabinet à 30km du centre hospitalier. La gestion des consultations est purement libérale au sein des locaux de l'hôpital. L'organisation d'un roulement est actuellement difficile mais un projet de santé a été réalisé, incluant la création future d'une maison de santé pluridisciplinaire qui prendrait en charge ces consultations non programmées.

-A Roanne (Loire), en 2012 et 2013, deux conventions ont été signées entre l'hôpital et des maisons de santé pluridisciplinaires de Régnay et Belmont-de-la-Loire. Ces conventions avaient pour objectif la future installation des médecins conventionnés.

-A Régnay, deux médecins étrangers avaient été salariés de l'hôpital. Ils avaient exercés à plein-temps dans la maison médicale pendant deux ans, puis ils se sont installés. L'un est parti au bout de 16 mois pour s'installer à Roanne, l'autre s'est définitivement installé à Régnay.

-A Belmont-de-la-Loire, le médecin conventionné est resté 3 ans en salariat puis est parti. Au final cette collaboration hospitalo-libérale a permis l'installation d'un médecin dans la zone ciblée. Cette convention a été très difficile à mettre en place et ne se reproduira plus pour des raisons financières.

-A Belle-Ile-en mer dans le Morbihan, des médecins ont un statut mixte. Ils exercent un temps partagé, salarié au centre hospitalier de Vannes-Auray et libéral en vacation dans une maison de santé sur Belle-Ile-en mer. Le dispositif permet aux médecins de bénéficier du matériel de l'hôpital dans le cadre de leur exercice libéral avec accès au plateau technique.

-En Mayenne, un partenariat entre un ex-hôpital local et une maison de santé dans les mêmes murs est effectif depuis septembre 2012. Le nouvel espace aménagé dans la continuité de l'hôpital local du Sud-ouest mayennais intègre le pôle de santé de Craon-Renazé.

-L'Hôpital de Houdan (Yvelines) via son centre de santé, a développé depuis 2000, des consultations de médecine générale non programmées (du lundi au vendredi, de 9h à 20h et le samedi de 9h à 13h) prenant en charge les soins de première intention ; initialement avec les médecins généralistes de son territoire puis aujourd'hui avec des médecins salariés de son centre de santé.

3) Exemples de dispositif mis en place pour la gestion de la médecine générale en lien avec les services d'Urgences

Plusieurs études [12]–[14] ont montré que 66% ou 53.8% des patients consultant dans un service d'Urgence étaient favorables à une réorientation vers une maison médicale de garde (MMG).

Les facteurs influençant leur décision étaient le degré d'urgence ressentie, leur activité professionnelle et la possibilité d'être pris en charge rapidement par un médecin généraliste. Les MMG permettent de réduire le temps d'attente et d'avoir une réponse adaptée aux patients dans ces cas-là, avec une amélioration de la qualité de travail des urgentistes [15].

Des circuits courts, c'est-à-dire des consultations de médecine générale au sein du service d'Urgences, ont été un élément de satisfaction pour 77% des patients, avec une bonne contribution de ce dispositif pour les Urgences pour 86% des patients [16]. Enfin ce genre de dispositif a prouvé qu'il pouvait désengorger le service d'Urgences, notamment de 40% du flux total à l'hôpital d'instruction des armées Laveran [17].

Les MMG sont un bon exemple de soutien à la population. Elles permettent d'offrir une couverture supplémentaire en terme de soins primaires, à la fois en aval des services d'Urgences et directement pour la population en difficulté de trouver un médecin disponible, dans le cadre de la permanence des soins. Ces MMG sont bien appréciées des médecins généralistes. Elles leurs permettent d'avoir plus de temps libre pour 50% d'entre eux. Il en est de même pour les urgentistes, car elles diminuent le flux de patients dans les services d'Urgences. Le principal problème à long terme de ces structures est leur financement [18]–[20].

4) ARS et cadres légaux des dispositifs

Au niveau de l'ARS, il existe trois cadres légaux dans lesquels peut s'inscrire un dispositif comme le nôtre (Cf. Annexe IV) :

- La CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
Elle regroupe des professionnels de santé d'un territoire, libéraux et/ou salariés, qui rédigent un projet commun pour améliorer l'accès aux soins ou la continuité des parcours de santé sur leur territoire. L'ARS peut aider à son financement.
- ESP : Equipes de Soins Primaires.

Ce mode d'organisation se décline en :

1. Centres de santé : il s'agit de structures de soins de proximité avec un personnel salarié.
2. MSP : Maisons de Santé Pluri-Professionnelle, qui rassemblent des professionnels libéraux qui travaillent ensemble et de manière coordonnée.

L'ARS serait prête à financer un poste de médecin senior dans le dispositif de Mauriac.

B) Système de soins à l'étranger et en France

Les soins de santé primaires (« soins de premier recours », « primary health care », « Erste Ligne ») répondent à un objectif de justice sociale. Ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, à Alma Mata en 1978, et doivent garantir à tous un égal accès aux soins [21].

1) Organisation des soins primaires à l'étranger

a) Le modèle normatif hiérarchisé

Ce système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État. On le retrouve notamment en Espagne/Catalogne, Finlande et Suède. Le territoire national est divisé en aires géo-démographiques dans lesquelles il y a au moins un centre de santé de soins primaires ouvert 24h/24 et 7j/7. Il y a également des ratios fixés de nombre de patients minimum et maximum par médecin. Chaque aire de santé est responsable de ses habitants et de la gestion des dépenses de santé. C'est une délocalisation des fonctions, l'Etat ne participe que peu au financement de ces dépenses (10 % en Suède et 17 % en Finlande). Les médecins sont majoritairement salariés.

b) Le modèle professionnel hiérarchisé

Dans ce modèle, le médecin généraliste est le pivot du système de soins. Il est présent en Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Royaume-Uni.

En premier lieu, la fonction de « gatekeeping » est attribuée aux médecins généralistes qui ont un rôle de régulateur de l'accès aux soins spécialisés. Ce rôle a évolué vers des fonctions de prévention et de coordination des soins dans une logique populationnelle, en lien avec le regroupement des médecins au sein de Cabinets associant plusieurs professionnels de santé.

En deuxième lieu, les médecins ont en plus des fonctions de gestion de ressources. Les ressources sont décentralisées vers des instances de régulation associant notamment les professionnels à un échelon supérieur à celui du Cabinet.

c) Le modèle professionnel non hiérarchisé

Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. Il est présent notamment en Allemagne et au Canada. L'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs. Le système de financement est à la fois collectif et privé. Ce modèle se caractérise par plusieurs aspects :

- L'existence d'une offre de soins spécialisée en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients.
- Une pratique dominante de la médecine générale.
- Une coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées [22].

2) En France

En France, la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) a donné une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ».

Les soins de premier recours comprennent [21] :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
- L'éducation pour la santé.

Le système de soins français est un modèle professionnel non hiérarchisé.

Il est principalement déterminé par la charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation. La réforme du médecin traitant et du parcours de soins, introduite en 2004, incite fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix, introduisant un principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins.

Depuis 2010 (suite à la loi HPST), les Agences Régionales de Santé (ARS) permettent une organisation territoriale régionale des soins primaires [23].

Ainsi ce modèle tend vers un système normatif hiérarchisé, tout en maintenant de manière globale la médecine libérale et l'indépendance des médecins.

Les modèles étrangers sont plus coercitifs et présentent une alternative intéressante à la gestion de la répartition démographique médicale.

C) Autres solutions face à la désertification

Les autres solutions face à la désertification sont l'augmentation de l'attractivité par l'Etat, la télémédecine, les réseaux de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires universitaires, etc [24]. Ces différents éléments sont expliqués en Annexe V.

CONCLUSION

Cette étude montre que les protagonistes du dispositif de consultation de médecine générale par des internes en SASPAS à l'hôpital de Mauriac sont globalement satisfaits :

- Les patients ont attribué une note de satisfaction de 9/10.
- Les médecins urgentistes et généralistes du secteur, même s'ils considèrent, en l'état, que le dispositif répond modérément à leurs besoins, constatent qu'il est certainement utile au niveau territorial.
- Les internes en SASPAS, quant à eux, ont trouvé ce dispositif très intéressant tant au niveau pédagogique qu'au niveau du service médical rendu à la population.

La majorité des patients était orientée par les Cabinets médicaux. Avec un flux de 7 patients par jour en moyenne, la consultation a prouvé son efficacité malgré la faible diffusion de l'information de son existence, tant auprès des médecins en Cabinet que des patients.

Ce dispositif a toute sa place dans l'offre de soins du secteur au regard de l'affaiblissement croissant de sa démographie médicale et les différents acteurs (généralistes, urgentistes, CH de Mauriac, Région et ARS) sont favorables à sa pérennisation.

Le Département de médecine générale de la faculté de Clermont-Ferrand a contribué à pérenniser le dispositif en ayant rendu prioritaire le stage dans cette consultation pour les internes en SASPAS, à partir de novembre 2017.

Notons que, dans le secteur du Nord Cantal, dans l'attente de l'installation salariale ou libérale d'un nouveau médecin généraliste dans le dispositif, la participation de l'ensemble des acteurs médicaux apparaît comme indispensable à la réussite de son enracinement.

Les activités de suivi « médecin traitant » et de visite à domicile pourraient se développer si un médecin généraliste s'intégrait dans le dispositif en collaboration avec les internes.

Ce dispositif pourrait s'étendre avec des consultations avancées dans d'autres villages environnants. Ce modèle de consultation pourrait même s'exporter vers d'autres hôpitaux dotés d'un service d'Urgences et d'un petit plateau technique, dans un secteur à faible démographie médicale.

Clermont-Ferrand, le 23.9.2017
Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



Vu, le Président du Jury de Thèse
Professeur Jeannot SCHMIDT

Le 7 septembre 2017



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] “Cartographie Interactive de la Démographie Médicale.” [Online]. Available: https://demographie.medecin.fr/#s=2016;z=-13525,7101320,1719082,1063482;l=fr;i=demo_med.typo;v=map5.
- [2] “atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf.”
- [3] “Portraits_sante_Mauriac_20131223_VF.pdf.”
- [4] “Arrete_2015-615_du_23_novembre_2015_Auvergne.pdf.”
- [5] “Canton de Mauriac - Villes, mairies et communes du Canton de Mauriac - Auvergne-Rhône-Alpes / Cantal (France).” [Online]. Available: <http://www.annuaire-mairie.fr/canton-mauriac.html>
- [6] “Canton d’Ydes - Villes, mairies et communes du Canton d’Ydes - Auvergne-Rhône-Alpes / Cantal (France).” [Online]. Available: <https://www.annuaire-mairie.fr/canton-ydes.html>
- [7] Dr JOYEUX, chef des Urgences de Mauriac, “Enquête auprès des médecins généralistes du canton de Mauriac et d’Ydes.” 2014
- [8] ARS, “Etude de modélisation de centres de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des soins non programmés.” 2015
- [9] “instruction_PTS_h__pital_de_prox.pdf.”
- [10] “annexe_3-instruction_hopital_de_prox-_organisation__partenariats_et_accueil_des_stagiaires__v2_.pdf.”
- [11] Dr ARNAULT, délégué général aux relations internes, conseil national de l’ordre des médecins, “Initiatives réussies dans les territoires.”
- [12] Junie CARON STEUNOU, “La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale” 2010
- [13] GENTILE (S.), DURAND (A.C.), VIGNALLY (P.), SAMBUC (R.), GERBEAUX (P.), “Les patients ‘non urgents’ se présentant dans les services d’urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative” 2009
- [14] Gabriel HOERTH, “Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l’engorgement des urgences et améliorer l’accès aux soins en zone sous-médicalisée ?” 2015
- [15] Ludivine VANPARYS, “Utilité et Faisabilité d’une maison médicale de garde à proximité des urgences du Centre Hospitalier d’Hazebrouck” 2015

- [16] Gregory KHELIFI, "Evaluation de l'intérêt de l'ouverture d'une consultation de médecine générale dans le service d'accueil des urgences du CHU Pitié Salpêtrière-Paris" 2011
- [17] Sébastien SARRAT, "Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours" 2010
- [18] Sophie VALITON, "La maison médicale de garde de Mâcon : bilan d'un an d'activité" 2004
- [19] Typhaine DORY, "Impact de la création d'une maison médicale de garde sur l'organisation des soins libéraux dans le pays d'Auray" 2009
- [20] "La maison médicale de garde du Pays beaunois : une initiative des médecins généralistes face à l'évolution de la permanence des soins" Virginie PERRIN FEVRE, 2007
- [21] IRDES, "Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France." 2016
- [22] Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, "Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande" 2009
- [23] "Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé | National." [Online]. Available: <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>.
- [24] ISNAR-IMG, "Aides à l'installation." 2017
- [25] DGOS, "Le principe du CESP," *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 19-Aug-2010. [Online]. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>.
- [26] Thibaud LETELLIER, "Pertinence de la téléconsultation en médecine générale en soins primaires" 2016
- [27] Matthieu SAUTEL, "Description et évaluation des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics, en France et à l'étranger, pour retenir ou inciter les médecins généralistes à exercer en milieu rural : revue narrative non exhaustive de la littérature." 2014

ANNEXES

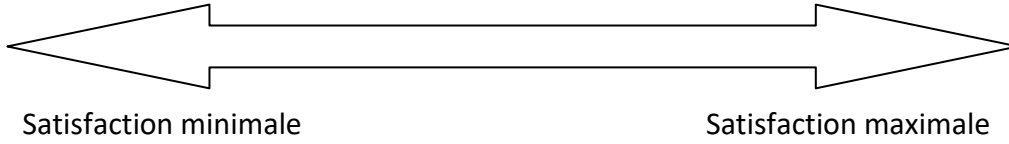
Annexe I
Questionnaires des
patients

A) Patients adressés par les
Cabinets médicaux

1. Quelle est votre niveau de satisfaction globale de ce nouveau dispositif ?

Entourez le chiffre choisi

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



2. Quelles raisons vous a-t-on données pour vous orienter ici ?

.....
.....

3. Reviendriez-vous si votre état de santé le nécessitait ou que l'on vous réorienté ici ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous eu des réticences lors de votre orientation vers notre dispositif ?

Oui, car :

- Mon médecin traitant me connaît mieux.
- J'accorde ma confiance avant tout à mon médecin traitant.
- Je n'aime pas me confier à un médecin inconnu.
- Autre :

Non, car :

- Ce qui compte c'est que je puisse voir un médecin rapidement.
- Je n'ai pas de médecin traitant.

5. Quels sont, selon vous, les points positifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Proximité du service d'urgence.
- Consultation dans un délai bref.
- Rattachement à l'hôpital.
- Obtention possible d'un autre avis médical.
- Proximité du domicile.
- Accessibilité facile aux examens complémentaires.
- Ecoute et disponibilité du médecin lors de la consultation.
- Autre :

6. Quels sont selon, vous, les points négatifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Aucun.
- Médecin en fin de formation.
- Perte de temps liée à la réorientation.
- Plages de consultation insuffisantes.
- Manque de connaissance du dossier médical.
- Eloignement du domicile.
- Autre :

7. Quelles suggestions pourriez-vous nous faire pour améliorer ce nouveau dispositif ?

.....

.....

.....

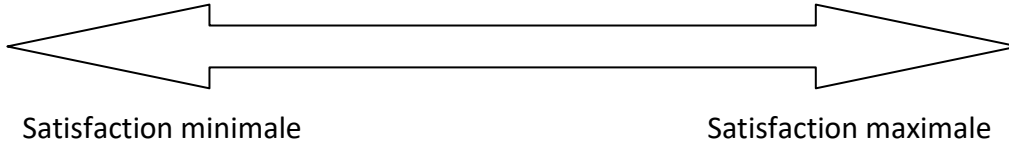
Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

B) Patients adressés par les Urgences

1. Quelle est votre niveau de satisfaction globale de ce nouveau dispositif ?

Entourez le chiffre choisi

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



2. Quelles raisons vous a-t-on données pour vous orienter ici ?

.....
.....

3. Reviendriez-vous si votre état de santé le nécessitait ou que l'on vous réoriente ici ?

- Oui
- Non

4. Auriez-vous préféré rester aux urgences pour votre prise en charge ?

- Non, je préfère que vous me preniez en charge parce que : (Plusieurs réponses possibles)
 - Si les urgences m'orientent ici, cela doit être la prise en charge la plus adaptée à ma pathologie.
 - Le délai d'attente est trop long aux urgences.
 - Je suis plus à l'aise avec un seul médecin qu'avec toute une équipe de professionnels.
 - Autre :

- Oui, je préfère rester aux urgences parce que : (Plusieurs réponses possibles)
 - Je me sens plus rassuré.
 - Je pense qu'on a accès plus rapidement aux examens complémentaires (prise de sang, radios, scanner, ...).
 - Selon moi, un médecin urgentiste aurait mieux pris en charge ma pathologie.
 - Autre :

- Indifférent, ce qui compte c'est que je puisse voir un médecin rapidement.

5. Quels sont, selon vous, les points positifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Proximité du service d'urgence.
- Consultation dans un délai bref.
- Rattachement à l'hôpital.
- Obtention possible d'un autre avis médical.
- Proximité du domicile.
- Accessibilité facile aux examens complémentaires.
- Ecoute et disponibilité du médecin lors de la consultation.
- Autre :

6. Quels sont, selon vous, les points négatifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Aucun.
- Médecin en fin de formation.
- Perte de temps liée à la réorientation.
- Plages de consultation insuffisantes.
- Manque de connaissance du dossier médical.
- Eloignement du domicile.
- Autre :

7. Quelles suggestions pourriez-vous nous faire pour améliorer ce nouveau dispositif ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

C) Patients venus de leur
propre initiative

5. Quels sont, selon vous, les points positifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Proximité du service d'urgence.
- Consultation dans un délai bref.
- Rattachement à l'hôpital.
- Obtention possible d'un autre avis médical.
- Proximité du domicile.
- Accessibilité facile aux examens complémentaires.
- Ecoute et disponibilité du médecin lors de la consultation.
- Autre :

6. Quels sont selon, vous, les points négatifs de ce nouveau dispositif ?

(3 réponses possibles maximum)

- Aucun.
- Médecin en fin de formation.
- Perte de temps liée à la réorientation.
- Plages de consultation insuffisantes.
- Manque de connaissance du dossier médical.
- Eloignement du domicile.
- Autre :

7. Quelles suggestions pourriez-vous nous faire pour améliorer ce nouveau dispositif ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

D) Fiche biomédicale

1. **Interne en consultation** : Florian SCHMITT Clémence IGONIN

2. **Date** :

3. **Horaire de consultation** : (au quart d'heure près)

4. **Age** : O-1 Moins de 2 ans ; O-2 De 2 à 12 ans ; O-3 De 13 à 18 ; O-4 De 19 à 30 ans ;
O-5 De 31 à 50 ans ; O-6 De 51 à 65 ans ; O-7 Plus de 65 ans ;

5. **Sexe** : Homme Femme

6. **Motif de consultation** : (CIM 10)

7. **Adressé par** :

- SAU Mauriac
- Cabinet de médecine générale
- Lui-même

8. **Visite à domicile** : Oui Non

9. **A un médecin traitant (MT)** :

- Oui Déclaration MT dans la nouvelle structure (Dr JOYEUX)
- Non

10. **Orientation finale** :

- Retour à domicile sans suite
- Suivi par le médecin traitant
- Suivi dans le nouveau dispositif de Mauriac
- SAU Mauriac
- Hospitalisation directe

11. **A-t'il nécessité la demande d'un avis médical par** :

- Aucun
- Médecin généraliste en cabinet
- Urgentiste
- Médecin hospitalier/Spécialiste

12. **A-t'il nécessité des examens complémentaires dans notre prise en charge ?**

Oui :

En urgence :

- Radiologique (Radio, Echo, Scanner, ...)
- Biologique (Prise de sang, ECBU, Coproculture, Prélèvement vaginal, ...)
- Cardiologique (ECG, Holter, ...)
- Neurologique (EMG, EEG, ...)

Non

Oui	Non

Annexe II
Questionnaires des
médecins

A) Questionnaires des médecins généralistes

Vous connaître...

1) Quel âge avez-vous ?

30 à 39 ans 60 à 65 ans

40 à 49 ans > 65 ans

50 à 59 ans

2) Depuis combien d'années êtes-vous installés (en tant que médecin) dans le Nord Cantal ?

.....

3) Dans quelle type de structure exercez-vous ?

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

Maison médicale pluridisciplinaire

4) A combien de kilomètres êtes-vous distants de l'hôpital de Mauriac ?

.....

Vos besoins et ceux du Nord Cantal...

5) Au niveau de **votre cabinet et de la gestion de vos patients**, vos difficultés sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
L'impossibilité de prendre de nouveaux patients				
Une patientèle trop importante				
La gestion rapide de la médecine non-programmée				
La charge horaire trop importante				
Autre(s) difficulté(s):				

6) Lors de vos absences pour des raisons personnelles (congé hebdomadaire, annuel, maladie, ...) et/ou professionnelles (formation, réunion, consultation d'urgence, ...), vos difficultés sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
De trouver un médecin remplaçant				
De surcharger un ou des autres collègues				
D'interrompre la permanence des soins				
D'ordre financier				
La surcharge de travail avant et au retour des congés				
Autre(s) difficulté(s):				

7) Au niveau du **Nord Cantal**, selon vous, les difficultés **actuelles** sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
L'état limite du nombre de médecins par rapport à la population				
La surcharge de travail par répercussion lorsqu'un médecin est absent				
Les médecins qui partent à la retraite				
La demande croissante de changement de médecin traitant				
Autre(s) difficulté(s):				

8) Au niveau du **Nord Cantal**, selon vous, les difficultés **dans un avenir proche** sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Le manque de médecins s'accroissant par des départs à la retraite				
La réticence des médecins à rester dans le secteur ou à s'installer en raison d'une faible démographie médicale				
Le territoire rural peu attractif pour l'installation des jeunes médecins				
La tendance à la diminution des moyens financiers, matériels et humains des petits centres hospitaliers				
L'augmentation de la responsabilité des médecins généralistes face à des pathologies plus complexes				
Le vieillissement de la population et donc la prise en charge de pathologies gériatriques plus lourdes				
Autre(s) difficulté(s):				

Les avantages que procure cette consultation de médecine générale hospitalière...

9) Pensez-vous que ce dispositif pourrait répondre à **vos propres** difficultés telles que :

	Oui totalement	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
Votre impossibilité de prendre de nouveaux patients				
Une patientèle trop importante				
La gestion rapide de la médecine non-programmée				
La charge horaire trop importante				
Autre(s) avantage(s) ?				

10) Pensez-vous que ce dispositif pourrait répondre aux difficultés du **Nord Cantal** telles que :

	Oui totalement	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
Le transfert de charge de travail entre médecins				
La difficulté pour certains patients à trouver un médecin traitant				
Pallier au déficit à venir du nombre de médecins				
Attirer des jeunes médecins par un exercice différent: dans une structure, plus sécurisant, horaires plus raisonnables, travail en équipe, choix du statut (salarie, libéral, ...)				
Offrir un nouveau type de terrain de stage pour les internes en 9 ^{ème} année				
Gestion de la médecine non-programmée				
Autre(s) avantage(s):				

Les inconvénients ou freins...

11) Quels seraient selon vous les inconvénients ou freins à la pérennité du dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Dispositif reposant uniquement sur des internes en 9 ^{ème} année				
Risque de détournement de patientèle				
Dispositif recouvrant l'ensemble du territoire visé				
Pas de médecin senior détaché au dispositif				
Manque d'information aux médecins concernant le dispositif				
Crainte de ne plus faire que du renouvellement si toutes les semi-urgences sont transférées vers le dispositif				
Autre(s) frein(s) ou inconvénient(s):				

Votre satisfaction...

12) Avez-vous adressé des patients dans ce nouveau dispositif ?

Oui

Non, parce que :

.....
.....
.....

13) Certains de vos patients ont-ils consulté dans notre dispositif sans votre intermédiaire ?

Oui

Non

Ne sait pas

14) Si vous avez des patients qui ont bénéficié du dispositif, dans quelle proportion avez-vous dû les revoir pour le même motif ?

Aucun

Quelques-uns

Une grande partie

Tous

15) Quels retours avez-vous eu de vos patients ?

.....
.....
.....
.....

16) Comment préférez-vous recevoir les comptes-rendus de nos consultations ?

Par voie postale

Par l'intermédiaire de vos patients

Par mail sécurisé

17) Quelles sont vos réticences à participer au dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Perte de temps dans la réorientation du patient				
Manque de confiance dans la prise en charge par un interne en 9 ^{ème} année				
Crainte de fidélisation de sa patientèle dans ce dispositif				
Distance trop importante entre votre cabinet et le dispositif				
Risque de perte de revenus				
Perte d'information sur le patient				
Manque d'information à propos du dispositif				
Autre(s) réticence(s):				

Amélioration possible ?...

18) Comment pourrait-on améliorer le dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Renforcer l'information à la population				
Informier davantage les médecins à propos des modalités de prise en charge des patients				
Améliorer les relations entre les praticiens hospitaliers et libéraux				
Etendre le dispositif sur d'autres communes du Nord Cantal par des consultations avancées				
Avoir un médecin détaché au dispositif				
Autre(s) amélioration(s) possible(s):				

Conclusion...

19) Vous semble t'il intéressant de pérenniser le dispositif ?

.....
.....

20) Vous semble t'il intéressant d'exporter ce dispositif dans d'autres zones en désertification ?

.....
.....

21) Pensez-vous à d'autres solutions pour faire face à la désertification médicale ?

.....
.....
.....

22) Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

B) Questionnaires des médecins urgentistes

Vous connaître...

1) Quel âge avez-vous ?

- 30 à 39 ans 60 à 65 ans
 40 à 49 ans > 65 ans
 50 à 59 ans

2) Depuis combien d'années travaillez-vous aux urgences de Mauriac ?

.....

3) Dans quel mode exercez-vous ?

- Uni-site Multi-sites

Vos besoins et ceux du Nord Cantal...

4) Au niveau des urgences de Mauriac, vos difficultés sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
L'augmentation de l'activité de soins primaires par déficit du nombre de médecin généraliste				
L'attente trop longue pour les patients avec motifs de médecine générale car non-prioritaires				
Le manque de compétence dans l'exercice de la médecine générale				
Autre(s) difficulté(s):				

5) Au niveau du **Nord Cantal**, selon vous, les difficultés **actuelles** sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
L'état limite du nombre de médecins par rapport à la population				
La surcharge de travail par répercussion lorsqu'un médecin est absent				
Les médecins qui partent à la retraite				
La demande croissante de changement de médecin traitant				
La diminution de la permanence des soins en nuit profonde depuis la grande sectorisation				
Autre(s) difficulté(s):				

6) Au niveau du **Nord Cantal**, selon vous, les difficultés **dans un avenir proche** sont :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Le manque de médecin s'accroissant par des départs à la retraite				
La réticence des médecins à rester dans le secteur ou à s'installer en raison d'une faible démographie médicale				
Le territoire rural peu attractif pour l'installation des jeunes médecins				
La tendance à la diminution des moyens financiers, matériels et humains des petits centres hospitaliers				
Le vieillissement de la population et donc la prise en charge de pathologies gériatriques plus lourdes				
La majoration du flux de soins primaires aux urgences par retentissement du départ de médecins généralistes				
Autre(s) difficulté(s):				

Les avantages que procure cette consultation de médecine générale hospitalière...

7) Pensez-vous que ce dispositif pourrait répondre aux difficultés du **service des urgences de Mauriac** telles que :

	Oui totalement	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
L'augmentation de l'activité de soins primaires par déficit du nombre de médecins généralistes				
L'attente trop longue pour les patients avec motifs de médecine générale car non-prioritaires				
Le manque de compétence dans l'exercice de la médecine générale				
Autre(s) avantage(s) ?				

8) Pensez-vous que ce dispositif pourrait répondre aux difficultés du **Nord Cantal** telles que :

	Oui totalement	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
Le transfert de charge de travail entre médecins généralistes				
La difficulté pour certains patients à trouver un médecin traitant				
Pallier au déficit à venir du nombre de médecins				
Attirer des jeunes médecins par un exercice différent: dans une structure, plus sécurisant, horaires plus raisonnables, travail en équipe, choix du statut (salarié, libéral, ...)				
Offrir un nouveau type de terrain de stage pour les internes en 9 ^{ème} année				
La désorganisation du service des urgences par un flux de consultations non-programmées				
Autre(s) avantage(s):				

Les inconvénients ou freins...

9) Quels seraient selon vous les inconvénients ou freins à la pérennité du dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Dispositif reposant uniquement sur des internes en 9 ^{ème} année				
Dispositif recouvrant l'ensemble du territoire visé				
Pas de médecin senior détaché au dispositif				
Manque d'information aux médecins concernant le dispositif				
Autre(s) frein(s) ou inconvénient(s):				

Votre satisfaction...

10) Avez-vous envoyé des patients dans ce nouveau dispositif ?

Oui

Non, parce que :

.....

.....

11) Quelles sont vos réticences à participer au dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Perte de temps dans la réorientation du patient				
Manque de confiance dans la prise en charge par un interne en 9 ^{ème} année				
Perte d'information sur le patient				
Manque d'information à propos du dispositif				
Autre(s) réticence(s):				

Amélioration possible ?...

12) Comment pourrait-on améliorer le dispositif ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Renforcer l'information à la population				
Informier davantage les médecins à propos des modalités de prise en charge				
Améliorer les relations entre les praticiens hospitaliers et libéraux				
Etendre le dispositif sur d'autres communes du Nord Cantal par des consultations avancées				
Avoir un médecin détaché au dispositif				
Autre(s) amélioration(s) possible(s):				

Conclusion...

13) Vous semble t'il intéressant de pérenniser le dispositif ?

.....
.....

14) Vous semble t'il intéressant d'exporter ce dispositif dans d'autres zones en désertification ?

.....
.....

15) Pensez-vous à d'autres solutions pour faire face à la désertification médicale ?

.....
.....
.....

16) Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

Annexe III

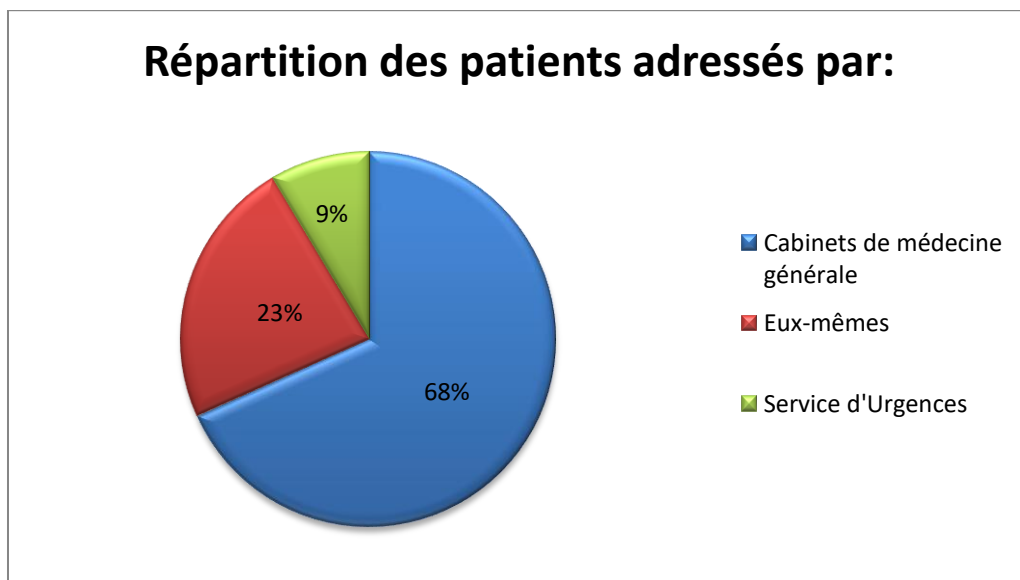
Résultats

A) Résultats -Patients-

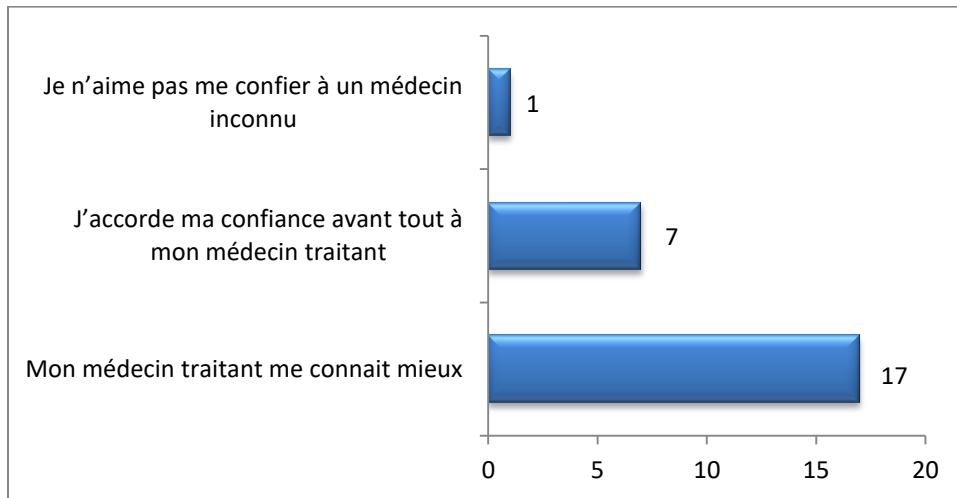
Tableau I : Caractéristiques principales des patients

Sexe	n	%
Femmes	346	57.8
Hommes	253	42.2
Total	599	100
Age	n	%
Moins de 2 ans	59	9,8
2 à 12 ans	135	22,5
13 à 18 ans	52	8,7
19 à 30 ans	82	13,7
31 à 50 ans	155	25,9
51 à 65 ans	62	10,4
Plus de 65 ans	54	9,0
Total	599	100

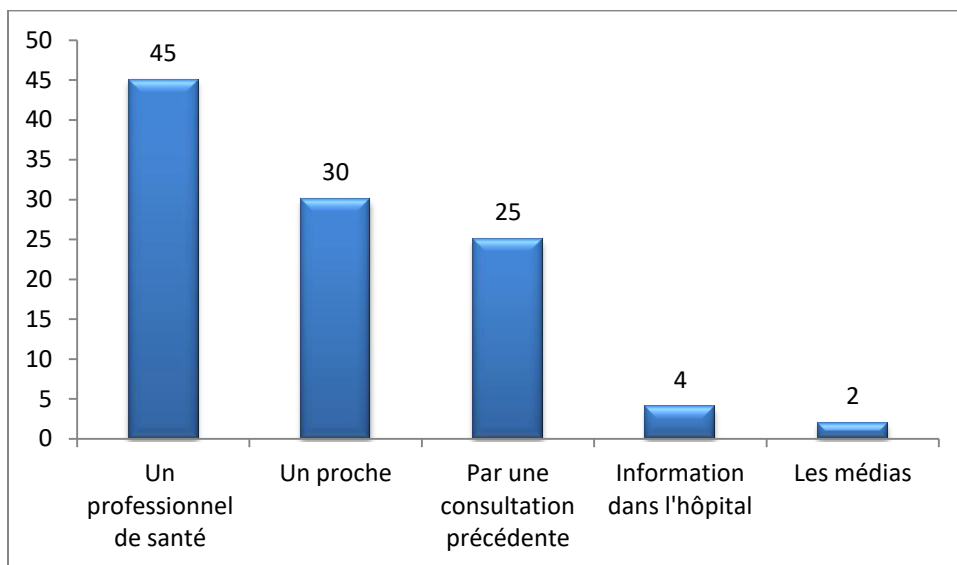
Graphique 1 : Répartition des patients selon leur orientation initiale dans le dispositif (n=599)



Graphique 2 : Réticences à l'orientation dans le dispositif par les patients des cabinets de médecine générale (n= 25) (Questions à choix multiples)



Graphique 3 : Moyen de connaissance du dispositif pour les patients venus d'eux-mêmes dans le dispositif (n=106) (Questions à choix unique)



Graphique 4 : Éléments négatifs (n=454) du dispositif selon les patients (Questions à choix multiples)

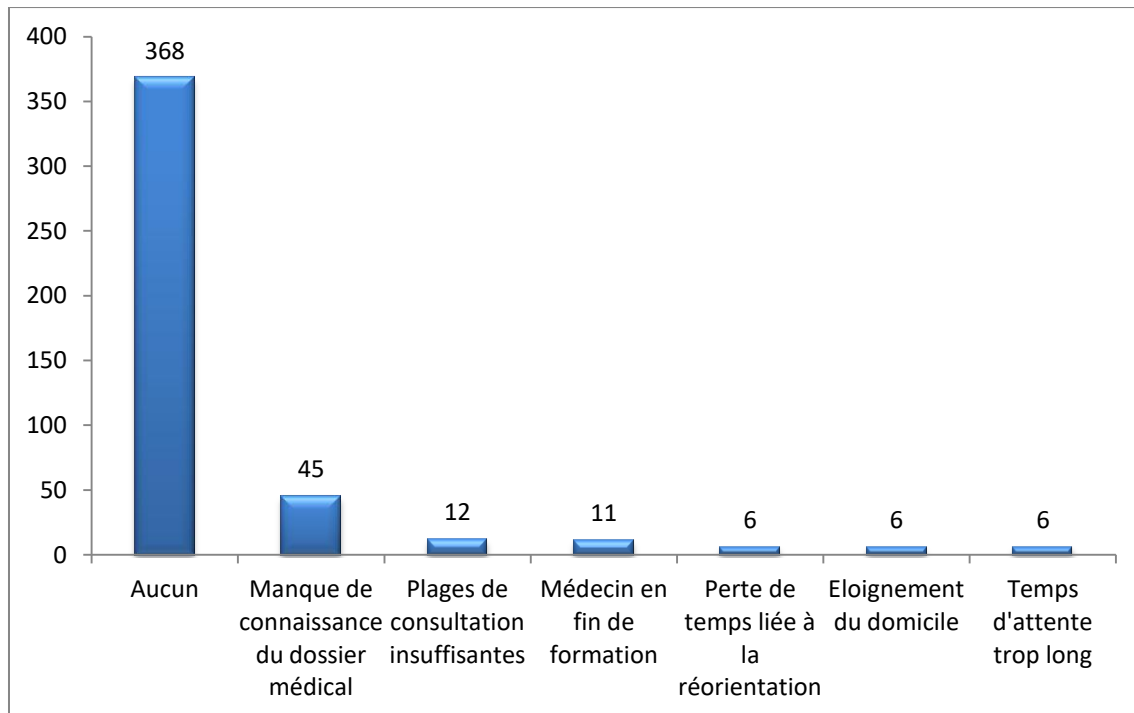
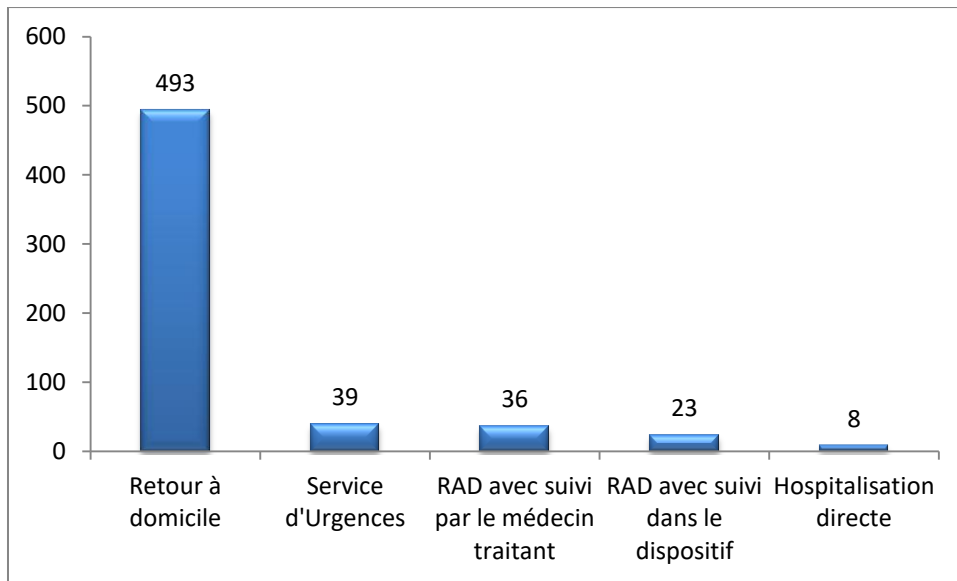


Tableau II : Nombre de patients venus par horaire de consultation

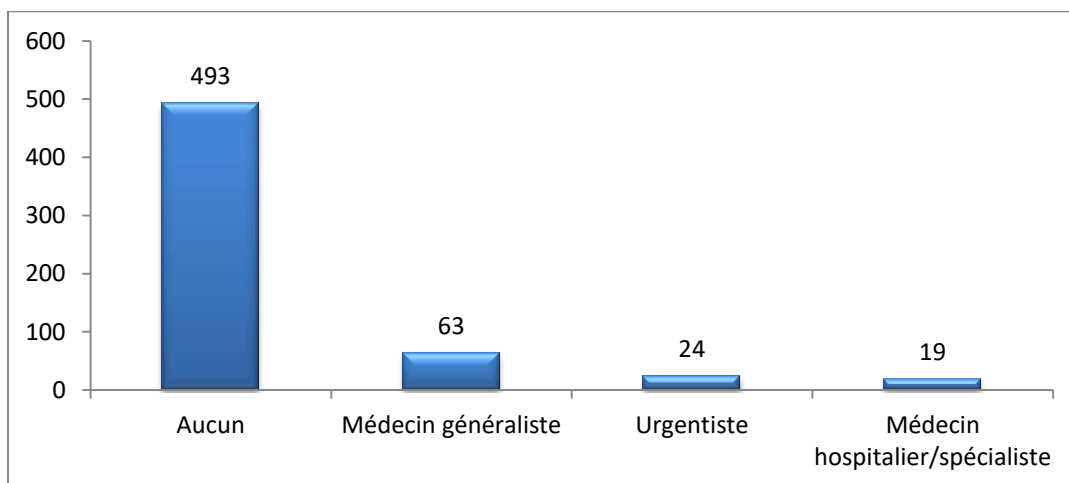
Horaires de consultation	n	%
8h-10h	111	18,6
10h-13h	162	27,0
13h-16h	28	4,7
16h-17h30	171	28,5
17h30-20h	127	21,2
Total	599	100

Graphique 5 : Orientation finale à la suite de la consultation dans le dispositif (n=599) (Questions à choix unique)

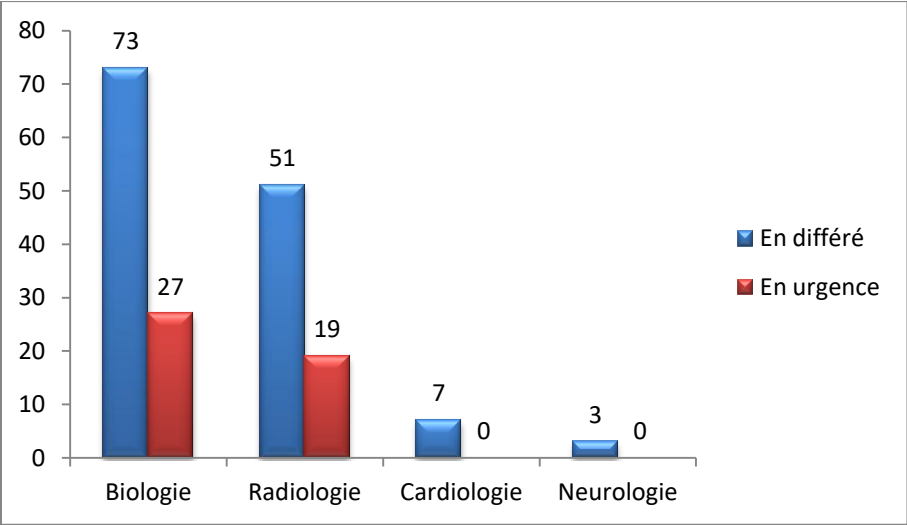


RAD : retour à domicile

Graphique 6 : Avis médicaux demandés par les internes du dispositif (n=599) (Questions à choix unique)



Graphique 7 : Examens complémentaires prescrits par les internes du dispositif (n=112) (Questions à choix multiples)



Biologie : Prise de sang, ECBU, coproculture, prélèvement vaginal, ...

Radiologie : Radiographie, échographie, scanner, IRM, ...

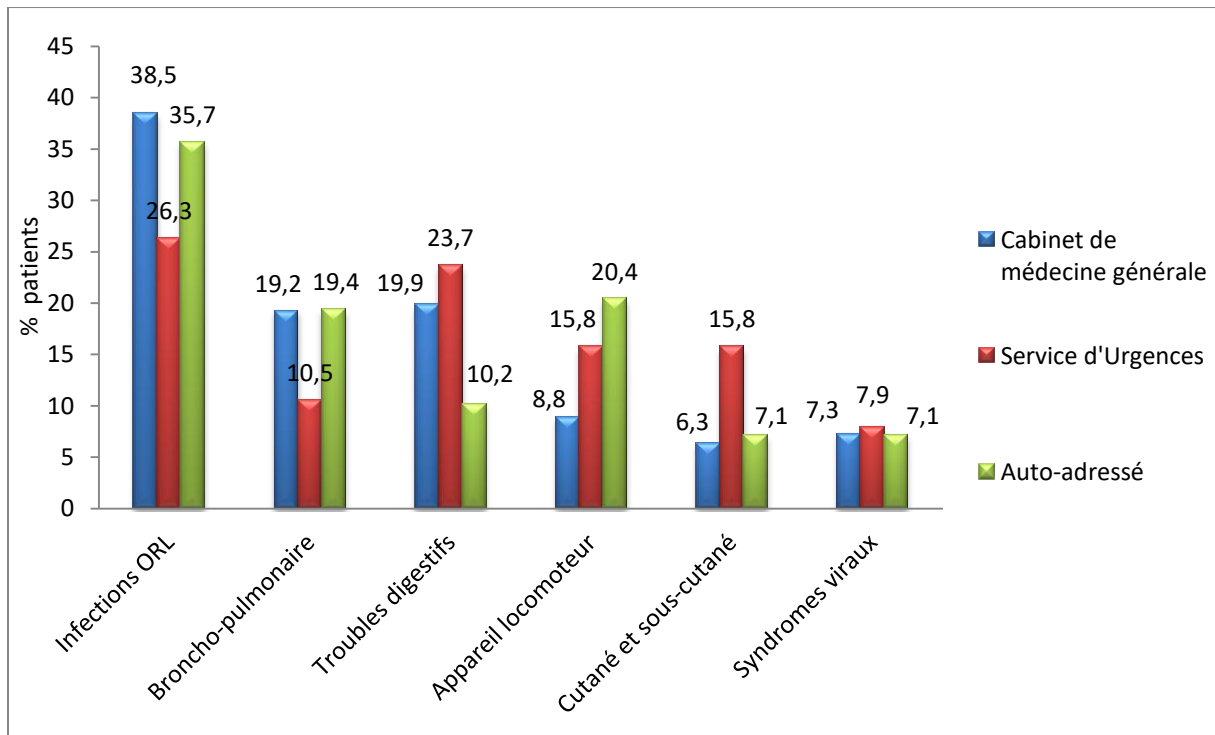
Cardiologie : ECG, holter, ...

Neurologie : EEG, EMG, ...

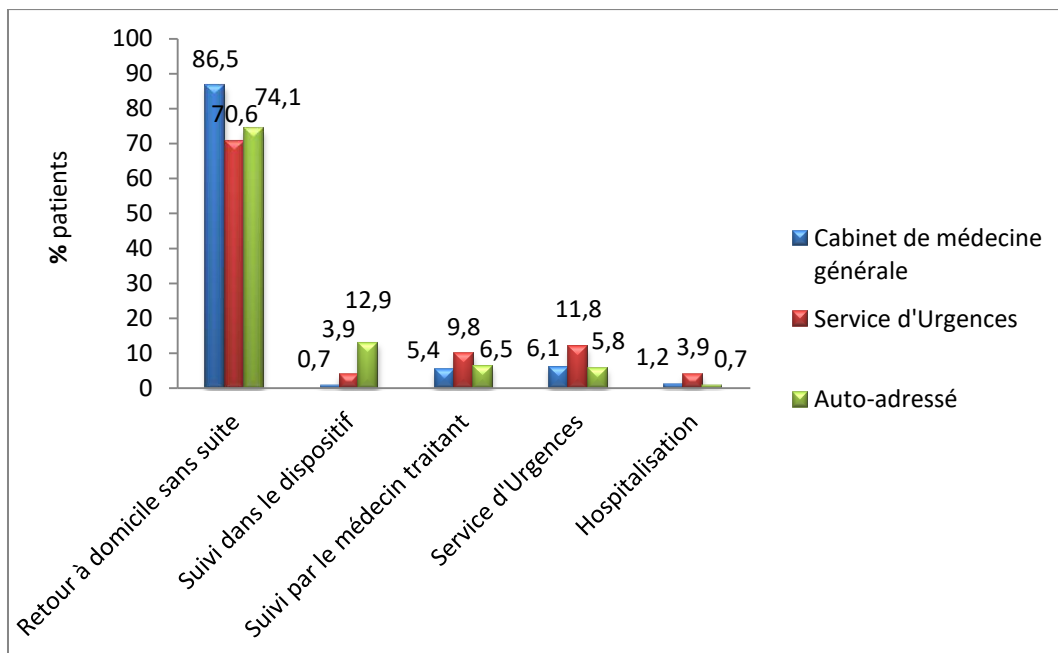
Tableau III : Catégories des motifs médicaux des patients

Catégories de motifs médicaux	n	%
Infections ORL	167	27,9
Broncho-pulmonaire	84	14,0
Troubles digestifs	82	13,7
Appareil locomoteur	54	9,0
Cutané et sous-cutané	33	5,5
Syndromes viraux	33	5,5
Appareil urinaire	23	3,8
Renouvellement d'ordonnance	20	3,3
Cardio-vasculaire	15	2,5
Certificat	15	2,5
ORL	12	2,0
Maladie infantile	11	1,8
Neurologie	10	1,7
Altération de l'état général	7	1,2
Psychiatrie	7	1,2
Ophthalmologie	5	0,8
Demande d'avis médical	4	0,7
Douleur	4	0,7
Endobuccal	4	0,7
Vaccin	4	0,7
Organes génitaux	3	0,4
Effets indésirables médicamenteux	1	0,2
Parasitologie	1	0,2
Total	599	100

Graphique 8 : Proportion des principales catégories de motifs médicaux en fonction de l'orientation initiale dans le dispositif (n=453)



Graphique 9 : Proportion des orientations en fin de consultation selon l'orientation initiale dans le dispositif (n=599)



B) Résultats -Médecins-

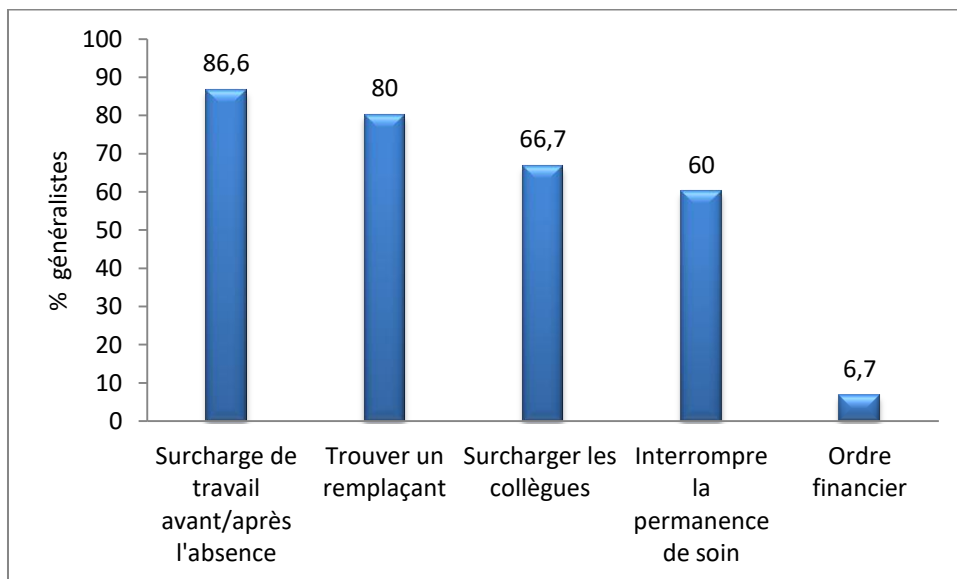
Tableau IV : Principales caractéristiques de l'échantillon des généralistes

Age	n	%
30 à 39 ans	2	13,3
40 à 49 ans	1	6,8
50 à 59 ans	5	33,3
60 à 65 ans	5	33,3
Plus de 65 ans	2	13,3
Total	15	100
Années d'installation	n	%
2 ans	1	6,7
3 ans	1	6,7
5 ans	1	6,7
7 ans	1	6,7
20 ans	1	6,7
25 ans	1	6,7
26 ans	1	6,7
27 ans	2	13,3
30 ans	1	6,7
32 ans	1	6,7
35 ans	1	6,7
36 ans	2	13,3
38 ans	1	6,7
Total	15	100
Moyenne	23,3 ans	
Type d'exercice	n	%
Cabinet individuel	8	53,3
Cabinet de groupe	5	33,3
Maison de santé pluridisciplinaire	2	13,3
Total	15	100
Distance entre le cabinet et l'hôpital	n	%
0 km	5	33,3
10 km	1	6,7
11 km	1	6,7
20 km	5	33,3
22 km	2	13,3
25 km	1	6,7
Total	15	100

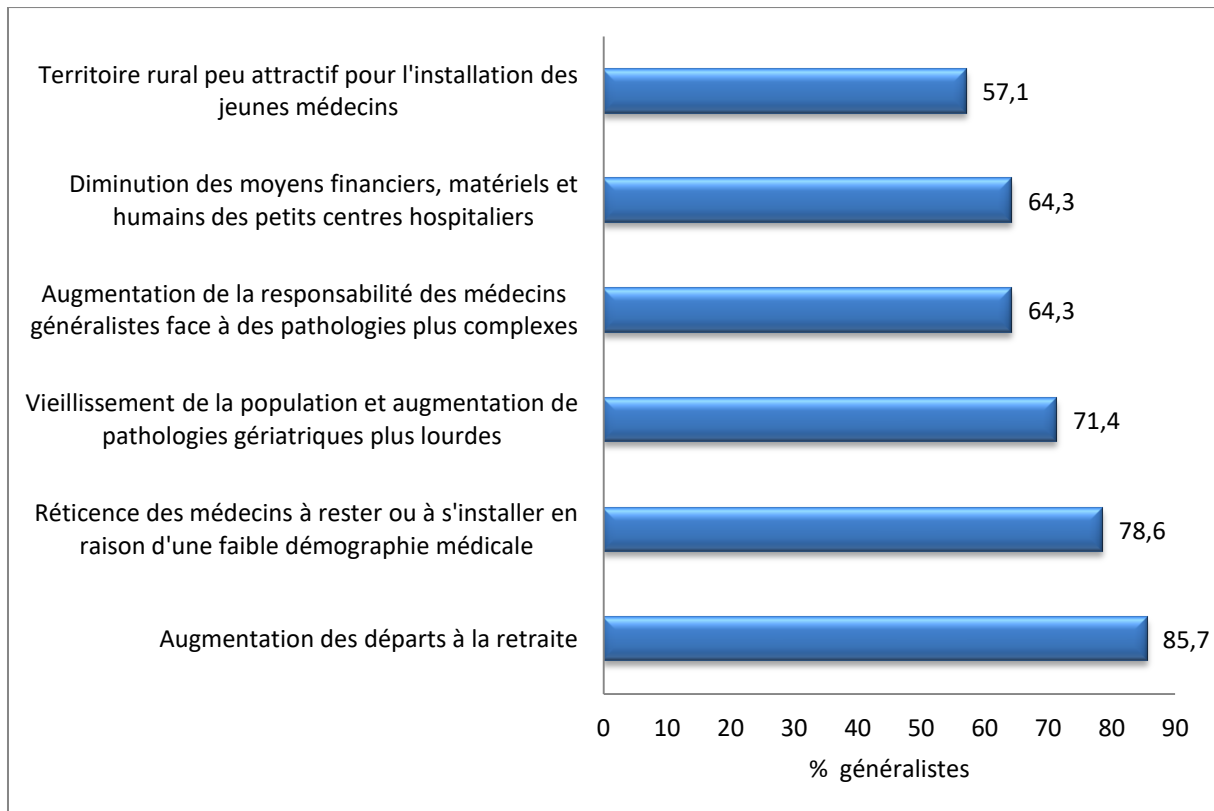
Tableau V : Principales caractéristiques de l'échantillon des urgentistes

Age	n	%
30 à 39 ans	3	27,3
40 à 49 ans	3	27,3
50 à 59 ans	4	36,4
60 à 65 ans	1	9,1
Total	11	100
Années d'exercice à Mauriac	n	%
1 an	1	9,1
3 ans	1	9,1
6 ans	1	9,1
7 ans	1	9,1
9 ans	1	9,1
10 ans	2	18,2
15 ans	2	18,2
20 ans	1	9,1
21 ans	1	9,1
Moyenne	11 ans	
Total	11	100
Mode d'exercice	n	%
Multi-sites	7	63,6
Uni-site	4	36,4
Total	11	100

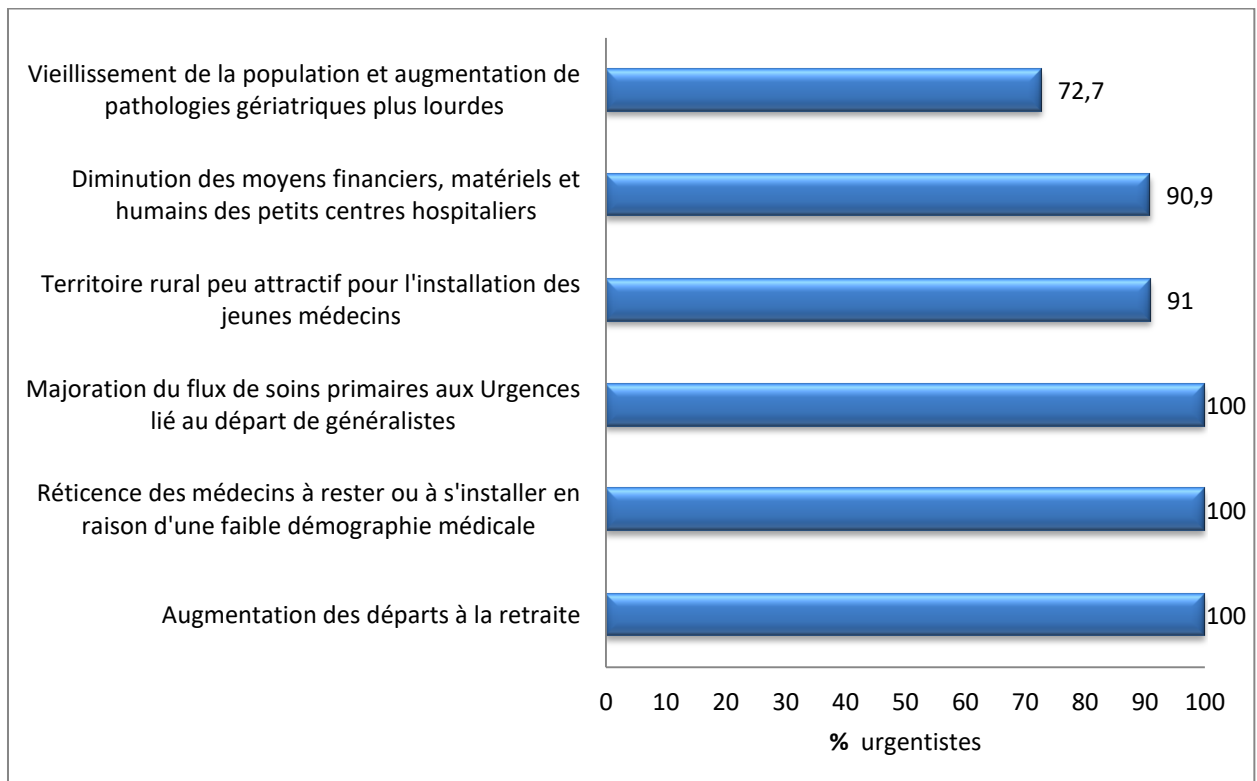
Graphique 10 : Difficultés des généralistes lors de leurs absences du cabinet (n=15) (Questions à choix multiples)



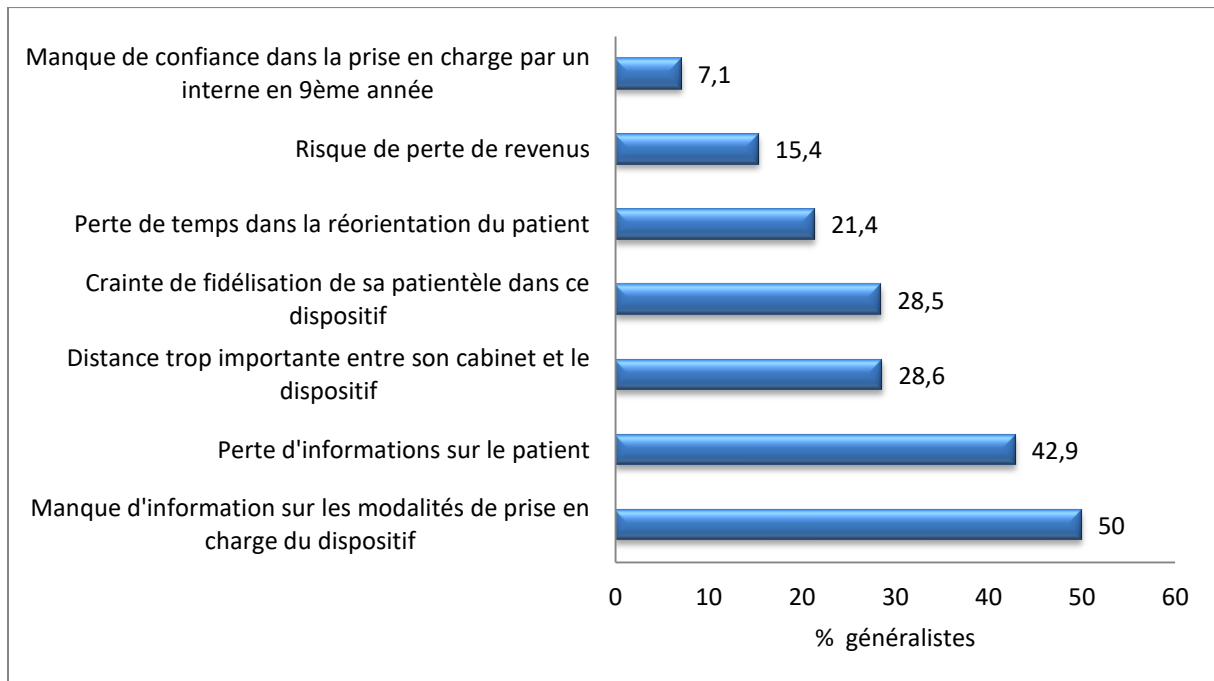
Graphique 11 : Difficultés dans un avenir proche au niveau du Nord Cantal selon les généralistes (n=14) (Question à choix multiples)



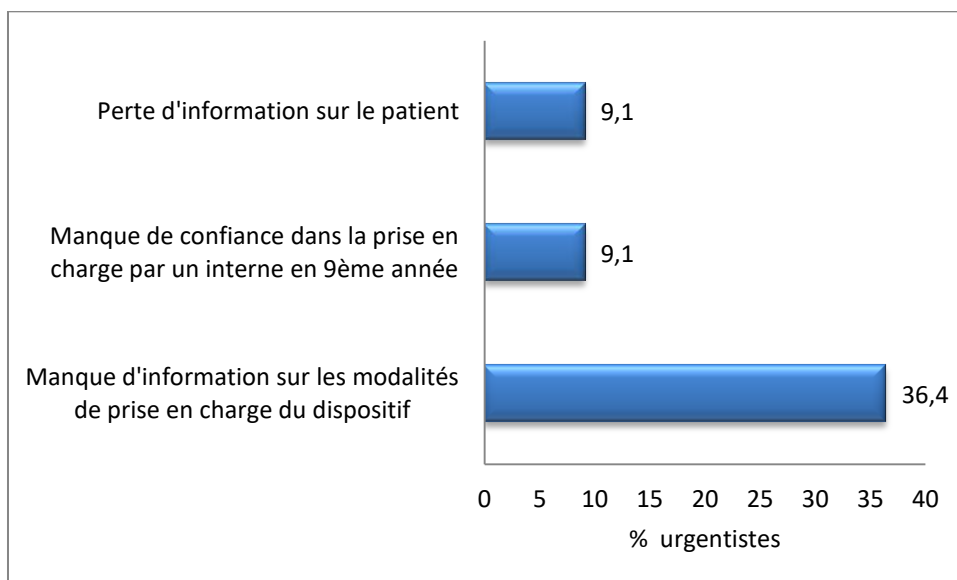
Graphique 12 : Difficultés dans un avenir proche au niveau du Nord Cantal selon les urgentistes (n=11) (Questions à choix multiples)



Graphique 13 : Réticences des généralistes (n=14) à leur participation au dispositif (Questions à choix multiples)



Graphique 14 : Réticences des urgentistes (n=11) à leur participation au dispositif (Questions à choix multiples)



Annexe IV
Organisation légale
des dispositifs
médicaux

A) Communauté territoriale de santé (CPTS)

1) Définition

Une CPTS émane de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Le projet vise à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire, au-delà de la stricte patientèle de chaque acteur du projet. Son but est d'améliorer l'accès aux soins et/ou la continuité des parcours de santé. En fonction des objectifs du projet, elle se compose de professionnels de santé assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Une CPTS peut constituer, selon sa configuration et la place occupée par les professionnels libéraux, l'instance de gouvernance territoriale partagée d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA). Il est impératif que les dynamiques CPTS et PTA, si elles existent sur un même territoire, soient envisagées de manière cohérentes et articulées. Il est également nécessaire de veiller à ce que, les acteurs du territoire, dont l'intervention est nécessaire pour la réalisation de l'objectif visé, soient tous bien associés à la CPTS. Par exemple, un projet d'amélioration du parcours de santé de patients précaires ne pourra pas être porté uniquement par des professionnels de santé libéraux. De la même manière, un projet d'amélioration des parcours des patients atteints d'une pathologie spécifique devra à minima intégrer des acteurs de 1^{er}, 2nd recours et des structures sanitaires. Une CPTS souhaitant être reconnue par l'Agence Régionale de Santé doit rédiger et transmettre :

- Dans un premier temps, une lettre d'intention ou pré-projet (permettant éventuellement d'envisager un financement pour la construction et la rédaction du projet).
- Dans un second temps, un projet de santé (permettant éventuellement d'envisager un financement pour la mise en œuvre du projet).

Le pré projet et/ou le projet de santé sont transmis à l'ARS pour instruction et débouchent, le cas échéant, sur la signature d'un contrat pouvant ouvrir droit à la possibilité d'accompagnement financier. Selon les besoins, ces projets peuvent faire l'objet d'échanges avec la délégation départementale concernée avant dépôt.

2) Thématiques prioritaires

Les projets de CPTS qui pourront faire l'objet d'un financement, devront nécessairement être envisagés en cohérence avec les priorités du Projet Régional de Santé ainsi qu'avec les autres ressources et projets du territoire concerné.

Plusieurs thématiques sont considérées à ce jour comme prioritaires :

- Réponse à la demande de soins non programmés en journée.
- Retour à domicile.
- Santé mentale.
- Prévention.
- Accès aux soins des personnes handicapées.

Les projets relevant de la permanence des soins ne seront pas recevables car relevant du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

B) Equipe de soins primaires (ESP)

1) Définition

Une ESP est un mode d'organisation coordonné de professionnels de santé. Elle fédère plusieurs professionnels assurant des soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste. L'objectif d'une ESP est l'amélioration de la prise en charge et des parcours de santé de la patientèle des professionnels concernés, via une meilleure coordination de leurs actions. L'amélioration de la coordination peut passer par exemple par l'organisation d'un partage d'informations concernant les patients pour améliorer la qualité et la fluidité du parcours entre les acteurs de la prise en charge, l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies par un fonctionnement collectif organisé (protocoles),...

Critères ouvrant droit à la qualification d'ESP :

- Etre au moins deux professionnels de santé dont au moins un médecin généraliste et avoir un minimum de patients en commun entre les professionnels de l'ESP.
- Présenter un projet ayant pour objet l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients.

L'ESP correspond à un 1^{er} échelon de coordination sur le territoire. Cet échelon peut évoluer vers une structuration de 2^{ème} échelon de type Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) ou Centre de Santé (CDS).

2) Le Centre de santé

C'est une structure de soins de proximité avec du personnel médical ou/et paramédical salarié.

L'article L 6323-1 du CSP impose aux centres de santé de se doter d'un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'action de santé publique. Seules les structures ayant élaboré un projet de santé et un règlement intérieur peuvent se prévaloir de la dénomination « centre de santé » (CDS).

3) La MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

Une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) est une personne morale constituée à minima entre deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical. Ils sont parfois regroupés dans des locaux communs. Ils partagent un projet de santé commun. Ce projet précise sur un territoire défini, les actions de prévention, l'accès et les modalités de continuité des soins ainsi que le dispositif de coordination des prises en charge. Le projet de santé doit être en conformité avec le Projet Régional de Santé (PRS). Il est transmis à l'ARS (article L. 6323-3 du code de la santé publique) qui en vérifie la conformité aux dispositions du cahier des charges national.

Annexe V

Autres solutions face à la désertification

A) Aides de l'état

1) Le CESP

Le contrat d'engagement de service publique (CESP) a été créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Il permet aux étudiants en médecine dès la deuxième année de bénéficier d'une allocation mensuelle avec en contrepartie l'obligation de s'installer dans une zone déficitaire pendant une durée de temps égale à celle pendant laquelle ils ont perçu cette allocation (minimum 2 ans) [25].

2) Assurance maladie

- Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM).
- Contrat de solidarité territoriale médecin.

3) Les praticiens territoriaux

Les jeunes médecins ayant signé un contrat de praticien territorial ont un complément de rémunération par l'ARS lorsque leur revenu mensuel est en-dessous d'un barème seuil.

4) Aides fiscales dans les zones de revitalisation rurale

- Exonération d'impôts sur le revenu.
- Exonération de la cotisation foncière des entreprises (taxe professionnelle sur les équipements et biens mobiliers).

5) Les collectivités territoriales

L'article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales définit de façon large les aides : « Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. »

B) La télémédecine

La télémédecine pourrait être une voie d'avenir. Elle répondrait à 93% de l'activité d'un médecin généraliste. Elle semble plus appropriée pour le suivi des maladies chroniques mais peut être réalisée aussi pour les pathologies aiguës [26].

C) Exercice sur sites multiples et création de réseaux de santé

Il existe quelques exemples de dispositifs avec une maison médicale ou un Cabinet central où le médecin peut faire des consultations avancées dans d'autres villages (dans des locaux de mairies ou d'EHPAD) (exemples à Sartène et Cargèse)[11].

La mise en réseau de plusieurs Cabinets dans un secteur permet de maintenir une permanence des soins efficace avec notamment le partage des dossiers médicaux (exemple en Corrèze avec 6 médecins)[11].

D) Création de Maisons de santé pluridisciplinaires universitaires

Ces centres permettent d'accueillir des internes et même des chefs de clinique favorisant ainsi le lien avec la faculté de rattachement et permettant de garder une attractivité (exemples à Sucs et dans la région dijonnaise) [11].

E) Facteurs influençant l'installation

Selon une thèse de 2014, « les mesures mises en place en France, pour inciter ou retenir les médecins généralistes à exercer en milieu rural, relèvent essentiellement de l'augmentation du nombre de médecins, des incitations financières et du regroupement des professionnels de santé. La littérature étudiée souligne l'inefficacité de l'augmentation du nombre de médecins. Les incitations financières ne sont utiles qu'à court terme. La formation en milieu rural favorise l'installation et devrait être introduite tôt dans le cursus universitaire. Les aides au regroupement des professionnels de santé paraissent prometteuses tant pour l'installation que pour le maintien des médecins dans ces zones. Sur le long terme, les conditions d'exercice, où les relations professionnelles occupent une place importante, sont décisives sur la rétention. Au-delà des mesures mises en place, le facteur le plus important pour amener des médecins en milieu rural est le fait d'aimer vivre dans ce type d'environnement, généralement associé au fait d'y avoir grandi, d'avoir un conjoint qui partage les mêmes goûts et d'y être socialement bien intégré » [27].

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.