



HAL
open science

**Dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés
et/ou en ALD sans médecin traitant : élaboration et
mesure d'activité d'un projet innovant interprofessionnel
en Vendée impliquant des internes en médecine générale
et des infirmiers en pratique avancée**

Léonie Allamanno, Ombeline Deffrennes-Doreau

► **To cite this version:**

Léonie Allamanno, Ombeline Deffrennes-Doreau. Dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant : élaboration et mesure d'activité d'un projet innovant interprofessionnel en Vendée impliquant des internes en médecine générale et des infirmiers en pratique avancée. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04458908

HAL Id: dumas-04458908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04458908v1>

Submitted on 15 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE
—
FACULTE DE MEDECINE
—

Année 2023

N°

THESE
pour le
diplôme d'état de docteur en médecine
(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)
par

Léonie ALLAMANNO

et

Ombeline DEFFRENNES DOREAU

—
Présentée et soutenue publiquement le *21/11/2023* à *Nantes*
—

**Dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés et/ou en ALD sans
médecin traitant : élaboration et mesure d'activité d'un projet innovant
interprofessionnel en Vendée impliquant des internes en médecine générale et
des infirmiers en pratique avancée.**

—
Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT
Directeurs de thèse : Dr Maud JOURDAIN et Dr Alexandre CARLIER

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Cédric RAT,

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Rosalie ROUSSEAU,

Nous te remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous faire l'honneur de ta présence.

A nos directeurs de thèse, Docteur Maud JOURDAIN et Docteur Alexandre Carlier,

Merci d'avoir dirigé ce travail avec autant de bienveillance et de patience. Merci pour tous nos échanges précieux et votre aide.

Au Docteur Laurent BRUTUS,

Merci d'avoir été à nos côtés depuis le début de l'aventure SASPAS. Merci pour ce projet dans lequel tu nous as embarquées ! Ce stage nous a tellement apporté et a grandement contribué à construire les médecins que nous sommes aujourd'hui. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, nos échanges formateurs et de qualité. Nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés.

A Philippe PRAUD,

Quelle chance de t'avoir avec nous dans ce dispositif ! Merci pour cette belle rencontre, ton aide et ta disponibilité. Nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés.

A Nathalie RICHARD,

Merci pour ta disponibilité, ta patience et nos échanges précieux réguliers qui nous ont beaucoup aidés dans la mise en place du dispositif et la réalisation de ce travail.

A la MSP de Sallertaine et au CHLVO,

Merci à tous pour votre accueil et nos échanges formateurs tout au long du stage.

Merci à tous les médecins, acteurs du territoire et les patients qui ont rendu possible ce dispositif et ce travail !

Remerciements Léonie

A Ombeline,

Merci pour ta motivation sans faille tout au long de ce projet. Ta positivité a été un vrai moteur pour franchir les étapes. Je suis honorée de t'avoir rencontré et d'avoir partagé tous ces moments avec toi. Cela a été une chance de t'avoir comme co-thésarde. Le plus beau travail collaboratif fut le nôtre !

A Pierre,

Depuis 10 ans, tu as vécu à mes côtés tous les partiels, les révisions, les doutes et les échecs, les joies et les réussites. Tu a été et tu restes aujourd'hui mon plus fidèle soutien. Je suis fière de finir ces études à tes côtés et fière de voir ce que nous sommes devenus après tant d'années. Je t'aime d'un amour des plus sincères.

A mes parents et mes grands-parents,

Vous m'avez toujours encouragé à réaliser mes rêves et mes projets depuis mon plus jeune âge. Papa, tu as été le meilleur coach espéré lors des mes années PACES. Maman, tu as toujours su me rassurer même lors des années les plus sombres de mes études et me redonner la motivation quand cela fut nécessaire. Merci pour votre présence rassurante et votre soutien à toute épreuve.

A Bertrand et Martine,

Merci infiniment pour vos encouragements durant toutes ces années. Merci de m'avoir intégré dans votre famille. Bertrand, merci de m'avoir autant inspiré à travers ton exercice. J'espère devenir un médecin généraliste aussi respecté et aimé que tu l'as été.

A mes amis rencontrés à Nantes,

Clara, Lucile, Cardo, Barbu, Pépé, Mouton, Enzo, Gaele, Couprie, Elise, Cassandre, Romain, Victoria, Rabia, Javotte, Anne ...

Merci car grâce à vous j'ai pu me sentir chez moi dans cette ville qui m'était inconnue. Tous les rires et les bons moments à vos côtés resteront gravés.

Audrey, tu es une de mes plus belles rencontres durant ces années d'étude. La médecine n'aurait pas eu la même saveur sans toi.

A mes amis d'enfance et les Cannes à son,

Merci pour les fous-rires, les bêtises, les instants de décompression, la musique, la danse, votre joie de vivre ...

Joubi, merci d'être l'ami fidèle que tu es. Tu vois Roxane, je te l'avais promis : quand on cherche on finit par trouver. Mimi, notre amitié est si précieuse. Merci les amis d'avoir autant cru en moi.

A mes professeurs, maîtres de stage et co-internes,

Merci pour m'avoir apporté le goût pour la science et inspiré à travers vos cours et enseignements. Merci à mes confrères et mes co-internes: vous avez tous été inspirants !

Remerciements Ombeline

A Léonie, merci pour tout ce travail réalisé à deux. Merci pour ton énergie, ta rigueur, ta patience, ta motivation pour mener ce travail ensemble malgré la distance que j'ai imposée. Avec cette belle semaine productive aux Sables, on retiendra tous les bons moments partagés dans ce travail d'équipe !

A mes maîtres de stage, Florian, Dominique, Anne, Laurent et Michel, mais aussi à tous les soignants qui m'ont formée. Merci pour votre enseignement de la médecine générale, pour le partage de vos expériences et de votre goût de la médecine. Enfin, merci pour votre confiance tout au long de ces années.

A mes parents et mes sœurs, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis d'être Docteur aujourd'hui. Merci pour votre soutien, vos encouragements et de m'avoir supportée tout au long de ces années d'étude.

A ma belle famille, merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant depuis le début de notre rencontre. Merci pour tous les délicieux repas partagés ensemble à Kersaint, qui ont participé à me donner courage et motivation dans ce travail.

A mes amis,

Les Tuche, merci pour votre amitié depuis tant d'années, pour tous ces moments de qualité ensemble, pour vos encouragements et soutien réguliers dans mes études qui se terminent enfin !

A mes amis de médecine, depuis la P1 jusqu'à la fin de l'internat, avec une mention spéciale pour Manue, la coloc du chou et coloc du choc !

Aux amis Nantais et la team sous l'Océan, pour tous ces bons moments partagés pendant la période de l'internat.

A mes nouveaux amis Lorientais, merci pour votre accueil, nos journées « thèse-télétravail » et votre soutien spécial dans la dernière ligne droite.

A mon mari, merci Marco pour ta patience et ton écoute. Merci pour ton aide précieuse et tes encouragements dans l'écriture de cette thèse. Merci pour ton soutien quotidien dans ma vie de médecin. Merci d'être fier de moi chaque jour.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS.....	6
I. Introduction.....	7
A) Le médecin traitant : “pivot” du parcours de soin des patients.....	7
B) La démographie des professionnels de santé en évolution.....	9
i) Un manque sévère de médecins généralistes pour répondre à une demande de soins toujours plus forte.....	9
a) En France : un nombre total de médecins stable contrastant avec une baisse du nombre de médecins généralistes.....	9
b) En Pays de la Loire : une densité médicale insuffisante face à une population grandissante.....	14
c) En Vendée : Le département des Pays-de-la-Loire le plus touché par la baisse de l’offre de soins.....	17
d) Sur le territoire Vendéen de la CPTS Loire Vendée Océan : Un taux d’admission en ALD particulièrement élevé.....	18
ii) Le difficile recensement des infirmiers en activité en France.....	19
C) Une problématique de démographie médicale qui n’épargne pas le territoire de la CPTS Loire-Vendée-Océan.....	20
II. Matériels et méthodes.....	22
A) Méthodologie scientifique.....	22
B) Recueil des données.....	24
C) Cadre légal et réglementaire.....	27
III. Résultats.....	28
A) Recherche documentaire.....	28
i) Le projet Ma santé 2022.....	28
a) Disparition du numerus clausus (outil historique de régulation d’accès aux études de médecine) et évolution de la formation médicale.....	28
b) Création d’un exercice coordonné et d’un lien “ville-hôpital” grâce aux CPTS.....	30
ii) Le travail interprofessionnel.....	32
a) Le dispositif ASALEE.....	32
b) Les infirmiers en pratique avancée (IPA).....	34
c) Les assistants médicaux.....	35
iii) Les mesures incitatives financières à l’installation des médecins généralistes.....	36
iiii) La création des stages en médecine générale en Vendée / Stage ambulatoire en soins primaires (SASPAS).....	37
a) Définition du stage SASPAS.....	37
b) La force du stage SASPAS face à l’évolution du système de santé.....	38
c) Exemple de terrain de stage innovant en Vendée.....	39
B) Dispositif expérimental sur le territoire de la CPTS LVO.....	43
i) Enjeux pour la population.....	44
ii) Enjeux pour les professionnels de santé.....	46
iii) Fondements du projet.....	47
a) Accord et signature des conventions locales.....	47

b) Concertation avec le DMG pour la validation du terrain de stage.....	51
c) Communication initiale.....	51
C) Élaboration et mesure de l'activité sur le semestre novembre 2021- mai 2022.....	52
i) Processus d'élaboration du dispositif.....	52
a) Création physique du lieu de consultation et matériel médical.....	52
b) Logiciels médicaux utilisés et aspect financier.....	52
c) Secrétariat et mise en place du créneau de consultation.....	54
d) Répartition du travail entre IPA-interne et déroulé d'une consultation.....	54
e) Recrutement des patients.....	56
f) Organisation du suivi au sein du dispositif et par les spécialistes.....	58
g) Relais vers un nouveau médecin traitant.....	59
ii) Mesure de l'activité.....	60
a) Activité des consultations SASPAS.....	60
b) Recrutement des patients.....	62
c) Profils des patients.....	64
d) Devenir des patients.....	68
IV. Discussion.....	70
A) Les points forts du dispositif.....	70
i) Les points forts pour la population.....	70
a) Un dispositif pour limiter la rupture de soins et permettre de retrouver un médecin traitant.....	70
b) Une prise en charge pluriprofessionnelle centrée patient.....	72
ii) Les points forts pour les soignants.....	73
a) Un atout pédagogique et professionnalisant pour les internes de médecine générale.....	73
b) Un dispositif qui encourage le travail interprofessionnel et coordonné au sein des CPTS.....	74
B) Les limites du dispositif.....	75
i) Les limites pour la population.....	75
a) Une offre de soins restreinte.....	75
b) Le libre choix de son médecin traitant remis en cause.....	76
ii) Les limites pour les soignants : une attention spécifique à porter au cadre pédagogique.....	77
C) Pistes d'amélioration et évolution du dispositif.....	78
V. Conclusion.....	80
VI. Bibliographie.....	82
VII. Table des figures, tableaux et cartes.....	86
VIII. Annexes.....	88

ABRÉVIATIONS

ACI : Accord Convention Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CHLVO : Centre Hospitalier Loire Vendée Océan

CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CNSP : Centre de Soins Non Programmés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DROM : Départements-Régions d'Outre-Mer

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAD : Hospitalisation Á Domicile

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

LVO : Loire Vendée Océan

MATAF : Mission d'Appui à la Transformation et à l'Animation territoriale de la Formation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

ORS : Observatoire Régionale de Santé

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PHC : Praticien Hospitalier Contractuel

PUMA : Protection Universelle Maladie

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

I. Introduction

A) Le médecin traitant : “pivot” du parcours de soin des patients

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie introduit la définition de médecin traitant et de parcours de soin. Ces notions sont introduites dans une perspective de meilleure maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité des soins.

“Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisit peut-être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.” article L.162-5-3 (1).

Le médecin traitant est choisi librement et désigné par le patient. S'il donne son accord, le médecin peut alors faire la déclaration de médecin traitant à l'assurance maladie.

Le médecin traitant assure le premier niveau de recours aux soins et joue un rôle pivot dans l'orientation et le suivi de ses patients tout au long de leur parcours de soins. Le médecin traitant connaît ses patients pour leur proposer un suivi adapté et des soins optimaux.

Une convention nationale est signée le 12 janvier 2005 entre l'assurance maladie et plusieurs syndicats de médecins. Elle reconnaît les missions du médecin traitant : (2)

1. “ assurer le premier niveau de recours aux soins ;
2. orienter le patient dans le parcours de soins et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient

3. assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
4. contribuer à la « protocolisation » des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
5. favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ;
6. apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet. “

Cette convention nationale définit également le parcours de soins. Pour bénéficier d'un remboursement de soins optimal, le patient consulte son médecin traitant dans un premier temps. En cas d'urgences ou de consultations loin du domicile, il n'y a pas de majoration du tarif ni de minoration des remboursements.

La notion de médecin correspondant est créée dans la convention. Elle répond à la nécessité de définir les missions d'un médecin, souvent un spécialiste, qui intervient à la demande du médecin traitant. À noter que dans le cadre du parcours de soins, certaines spécialités médicales peuvent donner lieu à un accès direct pour le patient : le gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, stomatologue etc.

Le médecin correspondant doit ainsi :

- “ répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ;
- s'engager à tenir compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant ;
- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affection de longue durée ;

- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions. “ (2)

B) La démographie des professionnels de santé en évolution

i) Un manque sévère de médecins généralistes pour répondre à une demande de soins toujours plus forte

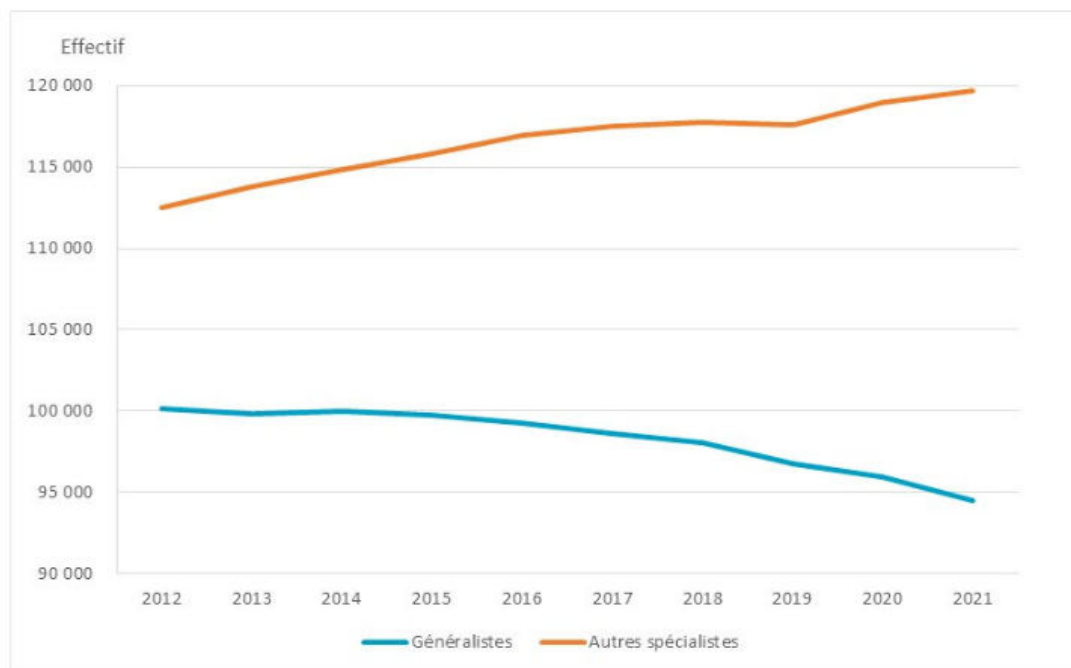
a) En France : un nombre total de médecins stable contrastant avec une baisse du nombre de médecins généralistes

La DREES met à disposition chaque année le portrait démographique des professions de santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) en France et dans les DROM grâce au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Cet outil démographique a été créé par l'arrêté du 6 février 2009 et modifié par l'arrêté du 18 avril 2017. Seul le nombre de médecins inscrits au RPPS âgés de moins de 70 ans et actifs occupés au 1er janvier a été analysé. « Un actif occupé est défini comme un professionnel de santé qui a au moins une activité rémunérée (activités bénévoles et étudiants exclus) ouverte (i.e. sans date de fin) au 1er janvier. Sont donc inclus les professionnels remplaçants ou en cumul emploi-retraite ; sont exclus les professionnels diplômés, mais non-inscrits à l'Ordre. » (Anguis et al., 2021, p. 9).

Le rapport publié en mars 2021 (3) faisait état qu'au premier janvier 2021, 214 200 médecins de moins de 70 ans étaient en activité. Ce chiffre est globalement stable depuis 2012 mais il est en diminution en ce qui concerne les médecins généralistes. En effet, la diminution du nombre de médecins généralistes est contrebalancée par l'augmentation du nombre de médecins spécialistes.

« Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % alors que le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4 %. » (Anguis et al., 2021, p. 18).



Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS – exploitation DREES.

Figure 1: Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021

Ces dernières années, on dénombre de plus en plus de spécialistes hors médecine générale grâce à l'arrivée d'un nombre élevé de médecins à diplôme étranger. On recense au 1er janvier 2021 un peu plus de 10% des médecins ayant un diplôme étranger (principalement obtenu au sein de l'espace économique européen).

Depuis 2017 les spécialités de "médecine d'urgence" et "gériatrie" ont vu le jour. Auparavant, les médecins généralistes exerçaient ces spécialités et ils étaient donc comptabilisés parmi ces derniers.

Le profil des médecins a changé au cours des dernières années. La profession tend à se rajeunir. « La moyenne d'âge des médecins actifs est de 49,3 ans en 2021, alors qu'elle était de 50,7 ans en 2012 » (Anguis et al., 2021, p. 20).

Cela peut être expliqué par un nombre important de départs à la retraite chez les médecins formés avant la restriction d'effectifs liée au numéris clausus en 1975.

Il y a donc plus de départs à la retraite que de médecins formés entre 1975 et 2000. L'année 2000 est marquée par une augmentation du numéris clausus.

La génération de nouveaux médecins est également plus féminine. « Ainsi, en 2021, on compte 62 % de femmes parmi les médecins de moins de 40 ans. Parmi les 7 900 nouveaux inscrits en 2021 à l'Ordre, 58 % sont des femmes. » (Anguis et al., 2021, p. 20)

Effectif au 1 ^{er} janvier 2021	214 224
<i>dont généralistes</i>	94 538
<i>dont autres spécialistes</i>	119 686
Part de femmes	50 %
Âge moyen	49,3 ans

Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > Source > RPPS – exploitation DREES.

Tableau 1: Carte d'identité des médecins au 1er janvier 2021

Le mode d'exercice des généralistes et autres spécialistes est également en changement. « De 2012 à 2021, l'exercice libéral se raréfie ; les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées. » (Anguis et al., 2021, p. 18). On peut voir une diminution de 15% du nombre de médecins exerçant exclusivement en libéral.

Le mode d'exercice est fortement lié au genre et cela est observé également dans d'autres professions. Les hommes choisissent en majorité un exercice libéral et les femmes un exercice salarié. On constate également que les médecins libéraux sont plus âgés que les médecins hospitaliers.

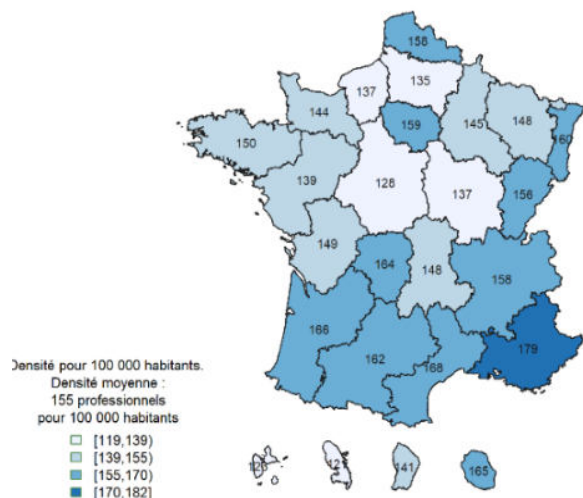
La répartition territoriale des médecins, toutes spécialités confondues, n'a pas changé de façon significative entre 2012 et 2021. Ils sont concentrés dans la moitié sud de la France et en Ile-de-France.

La densité de médecins la plus élevée se trouve en région Provence Alpes côte d'Azur avec 377 médecins pour 100 000 habitants. En comparaison, la moyenne nationale est de 318 médecins pour 100 000 habitants. La situation est contrastée en région Francilienne. Cette région est la mieux dotée en spécialistes hors médecine générale mais la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11 % à la moyenne nationale. (Anguis et al., 2021, p. 22).

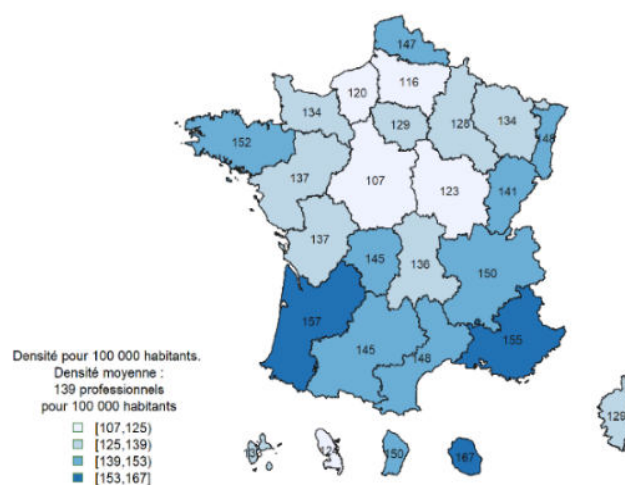
La densité de médecins généralistes entre 2012 et 2021 a diminué nettement avec la réduction d'effectifs de médecins généralistes et l'augmentation de la population. Elle passe de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants entre 2012 et 2021. « Cette diminution affecte l'ensemble des régions françaises mis à part la Bretagne » (Anguis et al., 2021, p. 22). Il en résulte des inégalités territoriales.

La densité standardisée est un outil qui permet de mieux illustrer l'adéquation entre l'offre et la demande. Il convient de rapporter le nombre de médecins à la population pondérée par sa consommation de soins. « Entre 2012 et 2021, la densité standardisée de médecins généralistes a baissé, illustrant le fait que les besoins de soins de la population ont crû plus vite que le nombre de médecins. » (Anguis et al., 2021, p. 23). La région Centre est la moins bien pourvue en France en 2021 où la densité standardisée atteint 107 généralistes pour 100 000 habitants.

Généralistes – 2012



Généralistes – 2021



Note > Les densités standardisées permettent de tenir compte des besoins de soins différenciés selon l'âge. Elles sont calculées en utilisant une population au sein de laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins d'odontologie, telle qu'observée dans les données de l'Assurance maladie en 2018. Les bornes des classes de densité ont été définies à partir de la densité moyenne, augmentée ou diminuée de 10 %.

Champ > Médecins généralistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.

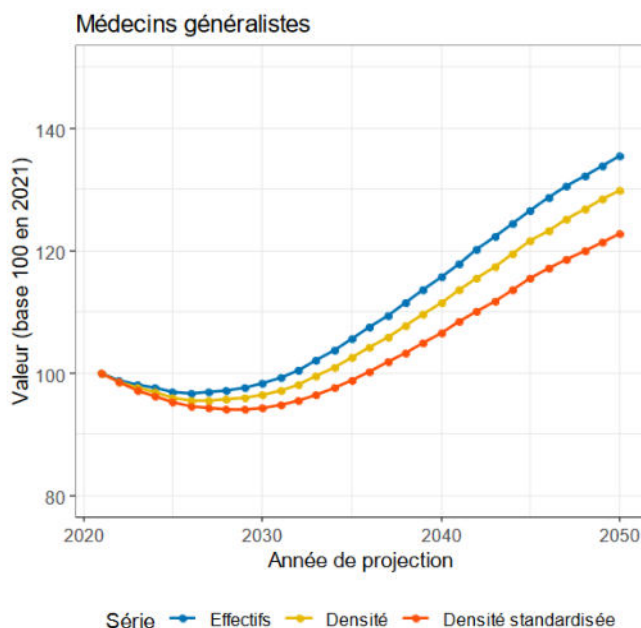
Source > RPPS, INSEE, traitement DREES.

Carte 1: Densités régionales standardisées de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et en 2021

La DREES propose selon un modèle de microsimulation, développé en 2015, des projections d'effectifs de médecins entre 2020 et 2050.

Les effectifs projetés, comparés à 2020, diminuent jusqu'en 2024 avec - 2,7% de médecins toutes spécialités confondues. Cette réduction d'effectif est liée au numérus clausus faible des années 1990 et des départs en retraite. Les effectifs projetés augmenteront progressivement entre 2024 et 2030 pour retrouver le niveau actuel. Enfin, ils « augmentent de 18 % par rapport au niveau actuel à l'horizon 2040 et de 36 % à l'horizon 2050, avec 292 000 médecins en activité projetés à cette date. » (Anguis et al., 2021, p. 52).

La densité projetée a été standardisée à la demande de soins par la population. On ne retrouverait le niveau actuel qu'en 2035 car la demande de soins augmente fortement du fait du vieillissement de la population. Le niveau de 2021 ne sera atteint qu'en 2036 si l'on regarde spécifiquement les effectifs projetés standardisés des médecins généralistes.



Champ > Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, France entière.

Sources > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

Figure 2: Effectif, densité et densité standardisée, des médecins généralistes, projetés entre 2021 et 2050

b) En Pays de la Loire : une densité médicale insuffisante face à une population grandissante

L'observatoire régional de la santé Pays de la Loire a mis à disposition des chiffres représentant la situation des médecins généralistes en 2021 (4).

Le nombre total de médecins généralistes a augmenté entre 2012 et 2021 sur la région Pays de la Loire. C'est une différence notable vis-à-vis de l'ensemble du territoire Français.

Comme constaté sur le reste du territoire français, l'effectif des médecins généralistes est inférieur à celui des autres spécialités. « Les Pays de la Loire comptent 5 552 médecins généralistes au 1er janvier 2021, un effectif inférieur à celui des autres spécialités (5 765). » (“Démographie des professionnels de santé | ORS Pays de la Loire”, 2021, p. 2).

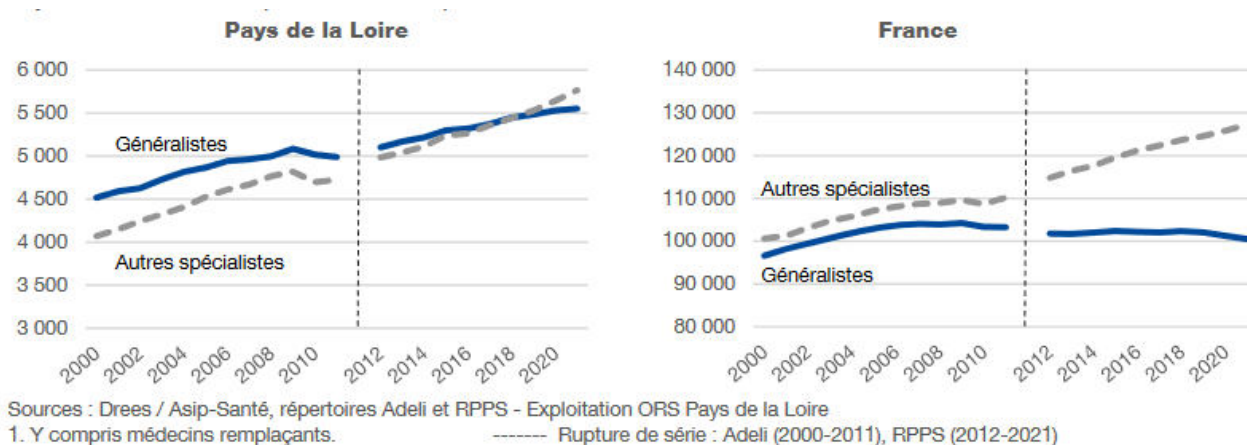


Figure 3: Évolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes (y compris les remplaçants) en France et en Pays de la Loire.

Comme sur l'ensemble du territoire français, on peut observer une féminisation et un rajeunissement des médecins généralistes.

Les deux tiers des médecins généralistes exercent en activité libérale ou en activité mixte. La moitié des médecins généralistes exerce dans un établissement de santé comme dans le reste de la France. Depuis 2016 le nombre de généralistes libéraux a progressé de 0,4% par an dans la région alors qu'on note une tendance à la baisse sur l'ensemble du territoire français (- 0,8 %). Le nombre de médecins salariés augmente de 1,8% en Pays de la Loire. Cette augmentation de salarié est visible également sur l'ensemble du territoire Français mais à moindre mesure, soit une augmentation de 0,5 %. On voit en Pays de la Loire une augmentation du nombre de médecins mais surtout une augmentation des médecins salariés.

On observe une augmentation importante du nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe. « Selon le RPPS, 70 % des médecins généralistes libéraux sont installés en groupe (cabinet de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle MSP) en 2021 (voir définition ci-dessous), soit une proportion plus élevée qu’au plan national (56 %). » (ORS Pays de la Loire, 2021, p. 4)

L’ORS utilise un indicateur appelé l’accessibilité potentielle localisée pour mieux se rendre compte des disparités entre le nombre de médecins et les besoins réels de la population. « L’APL est un indicateur qui prend en compte à la fois les besoins différenciés en fonction de l’âge de la population, la disponibilité des praticiens en termes de volume d’activité et l’offre de médecins à proximité immédiate de la zone concernée. Elle s’exprime en nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant. » (ORS Pays de la Loire, 2021, p. 2).

L’APL moyen en Pays de la Loire des médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans en 2019 est de 3,4 consultations (versus 3,5 en France). On observe des disparités avec un maximum de 3,9 en Loire Atlantique et Maine et Loire et un minimum de 2,7 en Mayenne et en Sarthe.

Entre 2016 et 2019 « l’APL moyenne aux médecins généralistes libéraux âgés de moins de 65 ans a diminué dans les Pays de la Loire de - 1,3 % par an en moyenne (- 1,5 % en France). Tous les départements sont concernés par cette baisse. » (ORS Pays de la Loire, 2021, p. 3).

Tableau 2 : APL aux médecins généralistes libéraux¹ de moins de 65 ans en 2019 et évolution par département entre 2016 et 2019.

Pays de la Loire, France (2019)		
	APL < 65 ans 2019	TCAM ² 2016-2019
Loire-Atlantique	3,9	-0,6%
Maine-et-Loire	3,9	-1,0%
Mayenne	2,7	-2,2%
Sarthe	2,7	-2,4%
Vendée	3,0	-2,7%
Pays de la Loire	3,4	-1,3%
France	3,5	-1,5%

Sources : Sniiram, EGB (Cnam) ; Insee - traitements Drees
Exploitation ORS Pays de la Loire

1. Médecins généralistes libéraux et salariés de centres de santé.

2. Taux de croissance annuel moyen.

c) En Vendée : Le département des Pays-de-la-Loire le plus touché par la baisse de l'offre de soins

La situation démographique médicale s'aggrave en Vendée malgré une tendance à la stabilisation dans le nord du département.

L'APL est de 3 consultations pour les médecins généralistes de moins de 65 ans sur la Vendée. L'ORS constate que ce département est celui des Pays de la Loire où l'APL a le plus diminué entre 2016 et 2019. Cette diminution est de 2.7% (vs 1.3 % dans le reste de la région).

En 2021 on comptabilise 1 médecin pour 1554 habitants environ et aucune commune n'est à la moyenne nationale. La densité de population s'élève dans le département avec une augmentation de 8000 à 9000 habitants en plus chaque année. La plupart des communes vendéennes ont déjà un déficit de médecins alors qu'elles sont des zones à forte croissance démographique. « Il faudrait 5 médecins généralistes de plus par an, pour rester à un taux constant et de nombreux médecins partent en retraite ou se désinstallent. » (BRANTHOMME, 2021,p. 5) (5). Il n'y a pas de rajeunissement de la population médicale en Vendée à la différence du reste du territoire.

On peut considérer 3 zones dans ce département. Le Sud-Est où la population est âgée et se renouvelle peu. Le Nord-Est dans laquelle on retrouve une population jeune et active avec des bassins industriels comme Cholet ou Nantes. Et enfin, le littoral où la population est âgée et s'accroît.

Il existe en Vendée de nombreuses zones d'intervention prioritaires communément appelées déserts médicaux ainsi que des zones d'action complémentaires. Ces zones sont définies et régulièrement réévaluées par l'ARS «selon la méthodologie prévue à l'article L1434-4 du Code Santé Publique.» (BRANTHOMME, 2021, p. 7) (5).

A noter que le Sud Vendée est la zone la plus touchée par le manque de médecins généralistes.

d) Sur le territoire Vendéen de la CPTS Loire Vendée Océan : Un taux d'admission en ALD particulièrement élevé

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Loire Vendée Océan (LVO) a été créée en novembre 2019 et se situe sur les départements de Vendée et de Loire Atlantique (carte en annexe 1). Elle regroupe 6 communautés de communes dont Challans Gois communauté pour un total de 37 communes. Cette CPTS englobe une population totale de 133 966 habitants (INSEE : 2016) (6).

Challans est la ville la plus peuplée. L'APL à Challans est de 3,293 selon la DRESS en 2021.

Les observations de l'ORS montrent un taux plus élevé d'admission en affection longue durée (ALD) sur le territoire en comparaison au taux régional et national.

« Selon l'étude de l'ORS, la population de la CPTS devrait augmenter de 7,5% d'ici 2027, la part des 0-5 ans, des 6-17 ans et des 25-49 ans diminue tandis que celle des 50-64 ans et des plus de 65 ans augmente. L'augmentation de la part des plus de 65 ans traduit un vieillissement de la population : une évolution de plus de 40% est à prévoir.

De plus, la part des nouveaux arrivants de 55 ans et plus est très importante (28%), bien supérieure à la moyenne régionale et nationale. » (CPTS Loire Vendée Océan, 2020, p. 4) (7).

On note sur le territoire une hausse de 2% des effectifs de médecins généralistes entre 2015 et 2020 mais celle-ci est insuffisante en regard de l'accroissement de la population de 7%.

Les différents zonages de l'ARS « attestent de disparités territoriales qui justifient ce travail commun sur l'ensemble du territoire pour renforcer la coordination et renforcer l'accès aux soins en tout point » (CPTS Loire Vendée Océan, 2020, p. 6) (7).

ii) Le difficile recensement des infirmiers en activité en France

Le nombre d'infirmiers semble nettement supérieur au nombre de médecins en France actuellement. Cependant, il existe peu de données récentes et fiables pour dénombrer le nombre d'infirmiers en activité sur le territoire. Le dernier rapport de la DREES, évalue à 520 000 le nombre d'infirmiers en activité au 1er juillet 2010 grâce au répertoire Adeli (8). Cependant, l'inscription à ce répertoire est gratuite et organisée par les ARS. Ainsi, les infirmiers tardent à s'inscrire et ne se désinscrivent pas à leur cessation d'activité. Au sein des rapports, le nombre d'infirmiers se voit régulièrement surévalué. De ce fait, l'Ordre des infirmiers sollicite régulièrement le gouvernement pour faire respecter l'obligation de déclaration des infirmiers en exercice. Des données statistiques fiables sont indispensables pour piloter des politiques de santé efficaces (9).

Depuis 2022, l'inscription au RPPS pour tous les infirmiers est obligatoire et payante à l'Ordre des infirmiers. Cet outil devient indispensable au suivi de la démographie médicale (10).

C) Une problématique de démographie médicale qui n'épargne pas le territoire de la CPTS Loire-Vendée-Océan

L'évolution de la démographie des professionnels de santé modifie le système de soins français. On dénombre actuellement un nombre insuffisant de médecins généralistes installés pour répondre à une demande de soins grandissante.

Cette problématique s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population qui a également pour conséquence d'augmenter le nombre de patients en affection longue durée. L'accès aux soins primaires et à un médecin traitant n'est pas garanti pour tous.

Ce problème de démographie médicale affecte toutes les régions et les départements français. En Vendée et sur le territoire de la CPTS LVO, il existe plus particulièrement de nombreux patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant.

Dans ce contexte, des initiatives sont développées pour répondre à cette problématique. Parmi ces initiatives, certaines sont locales et adaptées au contexte propre du territoire.

Il apparaît pertinent de décrire et d'analyser ces initiatives en vue de recueillir des pistes d'améliorations issues de ces expériences. Ainsi des propositions pourraient être formulées pour optimiser la reconfiguration du système de santé dans ce contexte de tension croissante entre l'offre et les besoins de santé.

L'analyse de ces innovations implique une prise en compte du contexte singulier dans lequel elles ont été générées. En outre, des critères d'évaluation sont complexes à définir en situation de soins de premiers recours.

Dans ce sens, des méthodes avec une valence d'orientation qualitative apparaissent les plus adaptées.

La méthodologie recherche-action associe ces 2 dimensions : la mise en œuvre concrète d'une intervention et l'autre permettant de rendre compte du processus d'élaboration de l'intervention.

Aussi, ce travail vise à rendre compte de la mise en place d'un dispositif d'accès aux soins primaires pour les personnes âgées et/ou en ALD sur le territoire de la CPTS LVO. Menée selon une méthodologie recherche-action, nous avons réalisé une recherche et une analyse documentaire préalable afin de constituer une base solide de connaissances factuelles du contexte et de la problématique et une étude. En effet, l'expertise d'un sujet et l'état des lieux des solutions déjà proposées sont indispensables à la mise en place de nouvelles actions.

Les acteurs étatiques, régionaux et locaux ainsi que les étudiants en médecine proposent des pistes pour répondre à cette problématique.

Nous avons participé, en tant qu'interne en SASPAS et en coordination avec la CPTS LVO, à la mise en place à Challans d'un dispositif interprofessionnel d'accès aux soins primaires. L'objectif est de permettre aux patients fragiles dits prioritaires de retrouver un nouveau médecin traitant.

À travers cette science de terrain qu'est la recherche-action, nous analysons à posteriori l'activité du dispositif afin de pouvoir continuer d'améliorer et pérenniser ce projet.

II. Matériels et méthodes

A) Méthodologie scientifique

Différentes méthodes permettent d'analyser des dispositifs organisationnels comme la méthodologie RETEX, la Capitalisation ou encore la recherche action.

Nous n'avons pas retenu les méthodologies RETEX et Capitalisation car nos résultats ne répondent pas aux exigences de ces méthodologies. En effet, ces deux méthodes analysent à posteriori un événement ou un projet, et ont besoin d'être portées par un accompagnateur en Capitalisation (11) ou un pilote de RETEX (12). Ces rôles sont indispensables, ils récoltent et analysent les données afin d'en tirer des conclusions. L'accompagnateur et le pilote ne doivent pas avoir de lien avec le projet afin de garder une neutralité pour pouvoir conclure de façon fiable. Étant nous-mêmes les porteurs du projet, nous ne pouvions donc pas utiliser ces méthodes au sein de notre thèse.

Ce travail de recherche suit donc la méthodologie de la recherche-action. Cette méthodologie est apparue en 1945 et était principalement utilisée pour les sciences sociales. La méthodologie explique que "c'est par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques utiles pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux." (Roy et Prévost, 2013, p. 129) (13).

Kurt Lewin (1890-1947), psychologue spécialisé dans la psychologie sociale et les sciences comportementalistes, a effectué de nombreux travaux sur la recherche-action à la fin de la seconde guerre mondiale. Il démontre que ceux qui doivent passer à l'action doivent également participer aux recherches afin de réaliser des changements durables. Il souhaite que la science sociale puisse résoudre des problèmes sociaux sur le terrain et générer des connaissances scientifiques nouvelles. Elle contraste avec le paradigme de la recherche académique conventionnelle qui était utile afin de renforcer un bagage de connaissances mais ne répondait pas à un besoin de terrain et de pratique. Plus récemment, en 2008, Peter

Reason et Hillary Bradbury s'intéressent aux spécificités de la recherche-action (14). Ils relèvent qu'une bonne recherche-action émerge au fil du temps.

C'est un processus évolutif qui se développe au fur et à mesure des compétences acquises en matière de recherche. La recherche-action suit un schéma cyclique avec des phases de planification, puis d'action et enfin révision des plans. La répétition des cycles se fait jusqu'à résolution du problème. C'est une science collaborative, le chercheur-praticien se trouve inclus au même titre que les autres participants. La recherche-action est une méthode principalement qualitative et l'ajout de mesures quantitatives peuvent servir à garantir l'évaluation rigoureuse et scientifique des résultats (15).

La première étape est l'identification d'une problématique et la réalisation d'une recherche documentaire autour du sujet. Le problème identifié est qu'il y a, sur le territoire défini par la CPTS LVO, un pourcentage particulièrement important de patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant déclaré. Cette problématique reste une préoccupation sociétale et étatique importante. La recherche documentaire constitue la première partie des résultats au sein de ce travail.

La seconde étape est la planification d'un plan d'action et la troisième est la mise en œuvre sur le terrain. Détaillé en deuxième partie des résultats, le projet coordonné par la CPTS LVO réside dans la mise en place des consultations intra-hospitalières de médecine générale appelées : "consultations SASPAS".

Ces consultations sont assurées par un binôme interne de médecine générale et un infirmier en pratique avancée. L'objectif est de proposer aux patients dits prioritaires (âgés ou en ALD), sans médecin traitant, un suivi complet de leur pathologie chronique puis de les réintégrer dans un système de soin primaire et secondaire. La finalité est de trouver un médecin traitant à ces patients grâce à un dispositif innovant. Les consultations correspondent à un nouveau terrain de stage pour les internes de médecine générale. Elles permettent également une approche à un travail interprofessionnel.

La quatrième est l'analyse de l'action et son effet sur le terrain. Dans une perspective d'analyse de l'effet du dispositif sur le terrain, nous avons recueilli les données décrivant les patients et leur parcours de soins de façon prospective, standardisée et anonymisée. Le détail de cette analyse figure en deuxième partie des résultats.

La dernière et cinquième est la communication des conclusions et la valorisation de la recherche. La communication des résultats auprès des acteurs est prévue.

B) Recueil des données

Les informations recueillies dans le cadre de la recherche documentaire sont utiles pour développer les connaissances en lien avec notre problématique. A travers différentes sources fiables, nous avons pu identifier et localiser des données déjà traitées. Nous avons utilisé le catalogue Sudoc et consulté des éditeurs de publications scientifiques comme Cairn et PudMed. L'utilisation du moteur de recherche Google a permis d'accéder à des ressources plus généralistes. Diverses ressources ont favorisé une recherche étoffée pour répondre à un problème complexe propre au terrain. En effet, l'utilisation de revues de santé publique et de sciences humaines, d'articles de presse et de thèses d'exercice en médecine a été nécessaire pour assurer ce travail de recherche.

Dès le début de l'activité de consultation, un recueil des données organisé sous forme de tableur a été créé. Le dispositif a rendu nécessaire l'utilisation d'un tableur permettant la coordination des professionnels impliqués. Ce tableur est accessible aux internes et l'IPA par un espace de stockage partagé en ligne (Google Drive). La mise à jour du document après chaque consultation a fait de ce dernier un outil de suivi des patients sur la durée du stage. Pour ce travail d'analyse, nous avons téléchargé les données afin qu'elles ne soient plus modifiables par les autres utilisateurs sur l'espace en ligne.

Les statistiques descriptives et analytiques de ce recueil organisé des données sont utilisées de manière pérenne à des fins d'évaluation et de support aux négociations entre les principaux acteurs du projet. En effet, les conventions sont signées et réévaluées chaque année. Des discussions bilatérales régulières ont lieu pour surveiller l'évolution des indicateurs. Un fois par an, un point sur l'ACI de la CPTS est réalisé. Ces données sont également communiquées à l'ARS via la MATAF.

Toutes les données utilisées concernent la période novembre 2021 à mai 2022, ce qui correspond à la durée de notre stage et notre action sur le terrain. En effet nous avons décidé de traiter la période au cours de laquelle nous avons nous mêmes exercé dans un souci de précision des données et des analyses.

Les données ont été totalement anonymisées en affectant un numéro à chaque patient suivi. Aucun nom, prénom ou date de naissance n'est visible et répertorié. Nous n'utilisons aucune donnée sensible.

Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients inclus dans le dispositif. Elles correspondent aux réponses aux questions posées lors de la création du dossier médical lors de la première consultation avec l'interne ou l'IPA. Nous avons établi une liste de questions systématiquement posées en consultation afin de limiter les données manquantes.

Les données figurant dans le tableur utilisé pour ce travail sont :

- identités du patient anonymisées
- conformité aux critères d'inclusions [âge et/ou ALD]
- mode d'adressage dans le dispositif
- provenance géographique des patients
- raison de l'absence de médecin traitant [Déménagement et provenance, départ à la retraite du médecin non remplacé et autre]
- durée de la rupture de soins avant inclusion dans le dispositif

Les données recueillies dans ce tableur nous ont également permis de dénombrer :

- les patients adressés à un médecin spécialiste
- les patients ayant retrouvé un médecin traitant
- les médecins généralistes ayant accepté d'intégrer au sein de leur patientèle des patients du dispositif et le nombre de patients acceptés par médecin
- les nouveaux patients inclus vus sur la période de stage, le nombre de consultations totales en distinguant celles faites par l'interne, celles faites par l'IPA et celles réalisées en binôme.

Les données ont été recueillies de façon prospective et l'analyse de ces dernières se fait de façon rétrospective.

C) Cadre légal et réglementaire

Le cadre réglementaire de ce travail est hors loi Jardé. Cette loi définit le cadre juridique afin de garantir la protection des personnes participant à l'étude. Notre recherche s'effectue sur des données recueillies dans le cadre du soin et n'implique pas directement la personne humaine (16).

Cette étude ne relève pas de la méthodologie MR004 (17), du champ de Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (18). Nous n'avons donc pas fait de déclaration auprès de la CNIL. A noter que les personnes citées au sein de notre travail ont donné leur accord pour y apparaître.

Les données collectées lors des consultations étaient destinées à renseigner le dossier administratif des patients et à organiser le suivi médical par tous les acteurs du dispositif. Ces données étaient enregistrées dans des logiciels médicaux d'accès sécurisés en présence des patients (WEDA et CrossWay). Celles utiles pour le suivi pluriprofessionnel des patients ont été extraites et organisées dans un tableau excel. Elles ont été totalement anonymisées afin d'assurer la protection de la personne et de sa vie privée. Pour ce travail de recherche, les données ont été utilisées de façon rétrospective (semestre novembre 2021 - avril 2022).

On ne déclare aucun conflit d'intérêt dans ce travail de recherche.

Un extrait du tableur figure en annexe (annexe 2). L'intégralité du tableur anonymisé est disponible sur demande.

III. Résultats

A) Recherche documentaire

i) Le projet Ma santé 2022

Devant l'urgence de la situation démographique, en 2019 le premier ministre et le ministère de la solidarité et de la santé ont lancé un grand pilotage pour engager une transformation profonde du système de santé avec le projet "Ma santé 2022" (19). Après avoir rencontré tous les acteurs du système de santé, le rapport réalisé a permis de déterminer 3 engagements prioritaires afin de mener correctement le projet :

« - Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme

- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité

- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé » ("Ma santé 2022 : un engagement collectif", 2018, p. 11)

a) Disparition du numerus clausus (outil historique de régulation d'accès aux études de médecine) et évolution de la formation médicale

Depuis 1972 avec la loi Faure, le numerus clausus fixe chaque année le nombre d'étudiants pouvant entrer en seconde année d'études de médecine, sage-femme, dentaire ou pharmacie. Ce nombre a été abaissé jusqu'en 1993 puis progressivement relevé depuis notamment dans les années 2000.

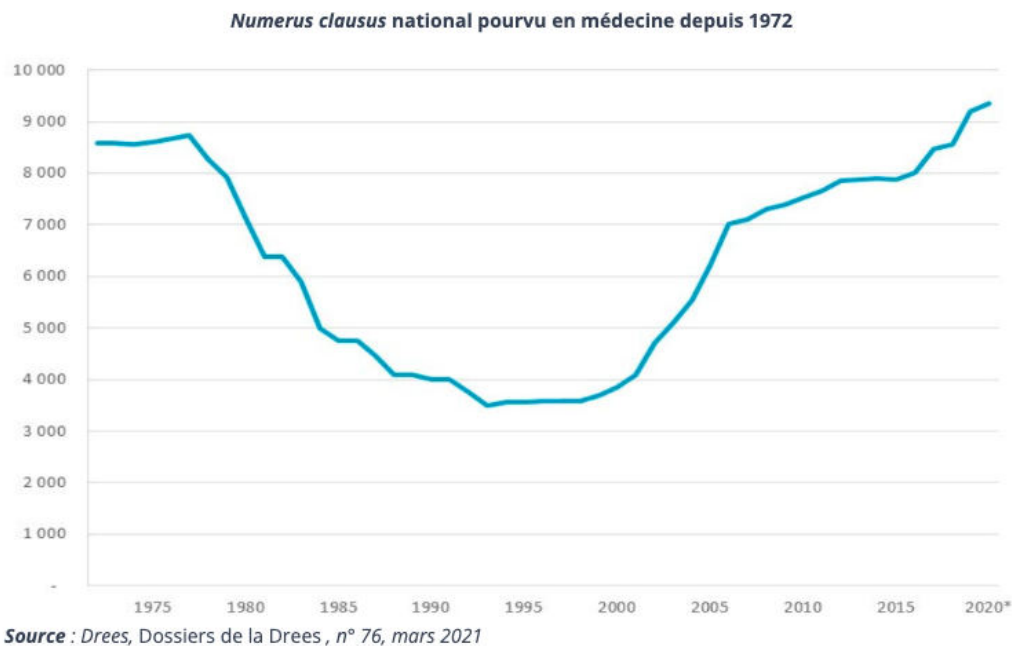
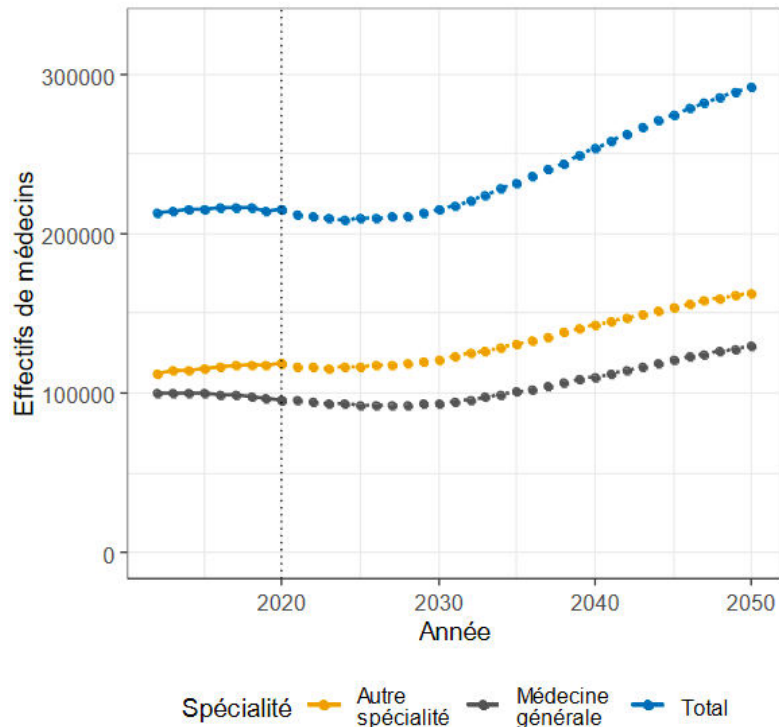


Figure n° 4 : Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972, DREES

Le plan “Ma santé 2022” indique notamment que le numerus clausus sera supprimé à partir de 2020. Il est remplacé par un recrutement plus adapté et progressif. Plusieurs voies permettent désormais d’accéder aux études de médecine : disparition de la “PACES” et création de la PASS (Parcours accès santé spécifique) et la L.AS (Licence option accès santé). Cette réforme permettrait une diversification des profils d’étudiants, de limiter le “gâchis humain” et d’augmenter sur le long terme le nombre d’étudiants en médecine (19).

Néanmoins, cette augmentation est très progressive car reste limitée par la capacité d’accueil des universités. On parle désormais de numerus apertus. Les premiers résultats en termes de démographie médicale ne se verront pas avant 2035 (20).

Effectifs de médecins par spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050



Source : Drees, Dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021

Figure n°5 : Effectifs de médecins par spécialité observés entre 2012 et 2050, DRESS

Selon le plan “Ma santé 2022” l’évolution de la formation permettrait également de favoriser la coopération et l’évolution d’un cursus à l’autre avec des passerelles. L’ouverture sur les connaissances des autres métiers de la santé répond à la nécessité d’un exercice décloisonné entre tous les professionnels et tous les différents établissements de santé (19).

b) Création d’un exercice coordonné et d’un lien “ville-hôpital” grâce aux CPTS

Les soins primaires doivent répondre à des missions d’accessibilité, de continuité, de globalité, de coordination des soins et d’orientation dans le système de soins. Les CPTS se développent dans un objectif d’améliorer la gestion des soins de proximité et leur qualité. Ces associations sont créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Cette nouvelle organisation doit permettre un exercice coordonné des professionnels de santé, afin de répondre à la demande de la population sur son territoire (19).

En effet, selon le projet Ma Santé 2022, « l'exercice isolé doit devenir l'exception; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. » ("Ma santé 2022 : un engagement collectif", 2018, p. 21) Devant l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, il apparaît nécessaire d'améliorer cette coordination. Les CPTS peuvent couvrir sur leur territoire entre 20 000 et 100 000 habitants.

Le dossier de presse de Ma Santé 2022 du ministère de la santé publié en septembre 2018 nomme les 6 missions prioritaires confiées aux CPTS:

- la réalisation d'actions de prévention,
- la garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire,
- la réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité,
- l'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés,
- la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation,
- le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.

La mise en place d'une CPTS relève de la création d'association loi 1901, avec un projet de santé qui doit être validé par l'agence régionale de santé. Son financement est assuré par l'ARS et l'assurance maladie. Des moyens spécifiques leur sont dédiés afin de réaliser leur mission territoriale.

Pour favoriser le lien entre hôpital et ville et pour s'adapter aux modifications du mode d'exercice des jeunes médecins généralistes, le plan Ma santé 2022 a prévu la création de postes partagés ville/hôpital. Le but étant de proposer des consultations dans des territoires prioritaires. « Cette mesure exceptionnelle est de nature à répondre à l'aspiration des jeunes générations qui sont en demande d'un exercice collectif, parfois salarié. » ("Ma santé 2022 : un engagement collectif", 2018, p. 22)

ii) Le travail interprofessionnel

En ce qui concerne le travail interprofessionnel, la France s'est inspirée tardivement d'autres pays. En effet, la notion d'infirmiers cliniciens ou praticiens apparaît dans les années 1960 en Amérique du Nord (Etats Unis et Canada). Son principal objectif est alors d'augmenter la productivité médicale. Dans les années 1980, les infirmières praticiennes se développent au Royaume Uni dans un contexte de saturation des soins primaires. Dans ce secteur, elles assurent trois rôles principaux :

- la promotion de la santé,
- des consultations dédiées à des suivis de pathologies chroniques (principalement respiratoires et cardio-vasculaires) avec l'aide de protocoles,
- des soins de premières lignes pour des prises en charge urgentes de pathologies mineures ou pour l'orientation des patients vers un lieu de prise en charge adapté (21).

a) Le dispositif ASALEE

En France, en 2004, le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe) est créé par un médecin généraliste (Dr Gautier) et un ingénieur (Monsieur Derville). Il a pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients chroniques en médecine ambulatoire grâce à une collaboration entre médecins généralistes et infirmiers. Aussi, devant un tableau de démographie médicale en baisse, ce travail collaboratif a pour but d'aider les médecins généralistes qui sont confrontés à une complexité croissante des prises en charge médicales. Dans ce dispositif, les infirmiers sont rémunérés par l'association Asalée. Quant aux médecins généralistes, ils exercent sous le statut libéral et bénéficient également d'une rémunération pour le travail de coordination. En théorie, la coopération et la mixité de la rémunération devraient permettre une amélioration des conditions de travail et de l'attractivité de l'exercice (22).

Initialement développé dans la région Poitou-Charentes, le dispositif Asalée connaît une extension régionale puis nationale à partir de 2012.

Le nombre de professionnels mobilisés et déclarés par l'association Asalée sur leur site internet, le 9 octobre 2022, atteint les 7063 médecins généralistes et les 1628 infirmiers dans 2311 structures sur le territoire français. La délégation de tâches vers les infirmiers concerne le dépistage des troubles cognitifs et de la BPCO, ainsi que le suivi du diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire (23).

Le programme d'évaluation par l'IRDES, Daphnee, s'intéresse à la mise en place et à l'organisation du dispositif Asalée entre 2010 et 2016. Il évalue également les pratiques interprofessionnelles. Ce programme d'analyse quantitative et qualitative a notamment pour objectif de justifier d'un point de vue économique la généralisation du dispositif Asalée. Une des hypothèses soutenues est que le protocole de coopération entre médecins et infirmiers permettrait la libération de temps pour le médecin. Le temps dégagé permettrait au médecin de proposer des soins à de nouveaux patients et donc d'augmenter la productivité médicale. Cela serait d'autant plus intéressant dans les zones déficitaires (24).

Au sein du programme Daphnee, une démarche quasi expérimentale a permis de mesurer l'impact de la coopération entre médecins généralistes et infirmiers Asalée sur l'activité des médecins généralistes. Elle montre une augmentation significative du nombre de patients vus en consultation (+6,6%) ainsi que de la taille de la patientèle (+7,7%). Cet impact est d'autant plus marqué que la coopération est ancienne et soutenue. En revanche, "le nombre de consultations au cabinet ou de visites à domicile par trimestre ne semble pas impacté". Ce résultat laisse supposer que la délégation de certains actes à l'infirmière Asalée libère du temps médical au médecin généraliste (24).

Cette transformation des soins primaires implique des protocoles de collaboration bien établis. Le travail interprofessionnel trouve un intérêt majeur dans la prise en charge et la coordination des patients complexes (25).

Dans son rapport de décembre 2021, l'Irdes démontre que la coopération entre médecins généralistes et infirmiers Asalée améliore le suivi des patients diabétiques (26).

Par ailleurs, plusieurs thèses de médecine générale se sont intéressées à l'amélioration de la qualité des soins grâce aux protocoles de collaboration Asalée, ainsi qu'au vécu des patients. Un travail en 2020 rapporte une satisfaction globale des médecins, des infirmiers et des patients inclus dans le dispositif. Cette organisation permettrait une coopération rapprochée et une délégation de certaines tâches.

L'association Asalée permettrait de développer un travail d'équipe dans lequel le patient accompagné vers une plus grande autonomie, placé au centre de sa prise en charge, ainsi que le déploiement de l'ETP en médecine ambulatoire (27).

b) Les infirmiers en pratique avancée (IPA)

Plus récemment, en France, la profession d'IPA apparaît.

En 2008, le Conseil International des Infirmières a apporté sa définition de l'IPA (28) : « L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. »

Il faudra attendre janvier 2016 pour qu'une loi visant à moderniser le système de santé reconnaisse le statut d'IPA.

En juin 2018, le décret publié définit ses domaines d'intervention.

Concrètement, il précise que la pratique avancée recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

En juin 2020, intégration dans les structures de soin (en ambulatoire ou établissement de santé) des premières promotions d'IPA issues de la formation intégrale.

L'IPA intervient dans le système de soin primaire où il s'implique dans le suivi des pathologies chroniques stabilisées et des polyopathologies les plus fréquentes.

Selon les domaines d'interventions validés au cours de sa seconde année de formation, l'IPA a la possibilité d'intervenir dans des établissements de santé en onco-hématologie, en néphrologie, en psychiatrie ou aux urgences.

Cette nouvelle organisation des soins primaires en France, en ouvrant le champ d'activité des infirmiers, permettrait une prise en charge plus personnalisée du patient, une meilleure disponibilité des soignants ainsi qu'une répartition plus efficace des actes de soins courants (29).

c) Les assistants médicaux

La création d'assistants médicaux (AM) naît du plan "Ma santé 2022" avec un objectif de 4000 postes en 2022. Cette mesure a pour objectif de libérer du temps médical aux médecins en déléguant aux AM des tâches de natures administratives, la préparation des consultations ainsi que des missions d'organisation et de coordination.

L'avenant 7 à la convention médicale précise les conditions et modalités financières de l'assurance maladie pour faciliter le recrutement d'AM. Le médecin généraliste s'engage notamment à augmenter son nombre de déclaration de médecin traitant, ainsi que sa "file active" : nombre de patients différents vus au moins une fois au cours de l'année tout âge confondu.

Dans sa thèse d'exercice en 2021, Pierre Grolleau décrit les attentes et les freins des médecins généralistes à travailler avec un AM (30). Les médecins généralistes interrogés dans cette étude sont plutôt favorables au travail en équipe avec un AM. On relève chez les médecins généralistes la présence de freins de logistiques et d'organisation ainsi que la crainte "de perdre le cœur de la profession".

iii) Les mesures incitatives financières à l'installation des médecins généralistes

Depuis plusieurs années, les déterminants d'installation libérale des généralistes sont étudiés à travers des études et des thèses. Ces travaux ont pour but de mettre en place des solutions attractives sur les territoires les plus défavorisés.

Le CNOM a réalisé en 2019 une étude de cohorte (31) sur 15319 médecins dont des médecins installés, des remplaçants et des internes. On peut noter un décalage entre le souhait de s'installer en libéral et la mise en œuvre de ce projet. C'est la dimension territoriale qui ressort le plus de cette étude. En effet, les médecins généralistes veulent s'installer sur des territoires pourvu de services publics et à proximité de leur famille. Ils veulent également être entourés des différents autres professionnels de santé et/ou d'un hôpital pour ne pas faire d'exercice isolé. De plus en plus de médecins souhaitent réaliser un exercice collectif et coordonné. Ce mode d'exercice est retrouvé au sein des équipes de soins primaires dans les maisons de santé principalement et les CPTS. On note également une appétence pour le mode d'exercice mixte chez les jeunes médecins.

Il existe des aides financières à l'installation, qui selon l'étude de le CNOM, sont importantes mais pas déterminantes.

La convention médicale de 2016 de l'assurance maladie a prévu la mise en place de 4 nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale (32). Ces contrats sont des aides financières à l'installation pour les médecins souhaitant exercer dans les zones sous dotées prédéfinies par un zonage de l'ARS. Chaque ARS définit les zones sous denses de son territoire par un zonage dont la méthode est nationalisée et s'appuie sur l'APL des médecins (33). L'identification de ces zones sous denses permet d'y accorder des aides financières incitatives à l'installation des médecins généralistes. En plus des contrats proposés par l'assurance maladie, il existe une palette d'aides financières comme le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de début d'exercice (CDE) et les aides des collectivités territoriales.

L'ARS, l'assurance maladie et l'URSSAF ont mis en place une cartographie informatique REZONE (34) afin de faciliter la visibilité des différents territoires prioritaires, les établissements de santé présents et les aides financières à l'installation possibles sur ce territoire.

iii) La création des stages en médecine générale en Vendée / Stage ambulatoire en soins primaires (SASPAS)

Force est de constater que la forte demande de soins primaires en contexte de désertification médicale a poussé et pousse encore les acteurs du système de santé à élaborer de nouvelles stratégies.

Parmi ces nouveaux projets, certains concernent directement les internes en médecine générale.

a) Définition du stage SASPAS

Le stage SASPAS est un stage obligatoire de la maquette de stages de l'internat de médecine générale depuis la réforme du troisième cycle des études médicales en 2017.

Il est réalisé lors de la 3^{ème} et dernière année de formation hospitalo-universitaire. Les maîtres de stage universitaires (MSU) sont des médecins généralistes qui confient, à l'interne en SASPAS, la patientèle de leur cabinet sous leur supervision indirecte. Pour exercer ces fonctions pédagogiques, les maîtres de stages doivent faire l'objet d'un agrément accordé par la faculté de médecine (35). Après une phase initiale d'échanges et d'harmonisation avec le maître de stage, l'interne exerce de façon autonome et supervisée pendant une durée de 6 mois. L'objectif est d'acquérir progressivement la compétence de travailler en soins primaires ambulatoires. Pour cela, l'activité est adaptée à la capacité de l'interne : entre 5 et 10 consultations par demi-journée. Des rencontres quotidiennes systématiques entre l'interne et son maître de stage sont nécessaires pour exercer une rétroaction : celle-ci doit permettre à l'étudiant de décrire l'ensemble des situations cliniques et difficultés qu'il

a rencontrées, ainsi que ses décisions prises. L'échange doit permettre de partager ses connaissances et améliorer ses pratiques professionnelles.

L'interne peut ainsi progresser dans le champ des compétences spécifiques de l'exercice de la médecine générale, notamment dans :

- le suivi de patients qui nécessitent une prise en charge sur le long terme
- la gestion et l'organisation matérielle d'un cabinet
- la collaboration avec des confrères et le travail interprofessionnel

L'interne SASPAS est rémunéré par les hôpitaux comme pour les autres stages. La rémunération des maîtres de stage est faite par la réversion intégrale des honoraires générés par l'activité de l'interne, et par des honoraires pédagogiques fixés par décret (36).

b) La force du stage SASPAS face à l'évolution du système de santé

L'étude sur « l'installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires » publiée en 2015 par le CGET synthétise les principaux facteurs d'installation sur un territoire. Elle met l'accent sur l'importance de favoriser l'exercice temporaire pour faire découvrir un territoire (37).

Il y est présenté différents leviers d'action pour attirer des étudiants et jeunes médecins comme :

- développer des dispositifs de formation initiale au niveau local
- des mesures incitatives pour les médecins généralistes à devenir maître de stage
- des aides pour limiter les freins à la venue de stagiaires et de remplaçants sur un territoire.

L'intérêt du stage SASPAS est appuyé dans la thèse d'exercice de Delphine Groboz-Lecoq (38). Par son questionnaire adressé aux jeunes médecins généralistes, elle met en avant l'importance de multiplier les rencontres entre confrères dans l'exercice libéral. Grâce à cette formation réellement professionnalisante, l'installation dans un lieu connu serait perçue comme plus

simple et réalisable. De plus, les nouvelles rencontres permettent davantage d'opportunités professionnelles. Au cours de leur stage SASPAS, les internes peuvent être amenés à rencontrer des professionnels para-médicaux comme des infirmiers ASALEE ou des IPA. La rencontre et la collaboration entre l'infirmier et l'interne sont souhaitables mais relèvent de l'initiative et de la motivation de l'étudiant. Elles sont fortement encouragées par le DMG de Nantes depuis 2022.

Dans sa thèse d'exercice en médecine, David Peslier étudie les déterminants à l'installation des médecins généralistes en Vendée en 2020 (39). Il montre l'influence des stages ambulatoires. Ces derniers auraient un effet positif pour 50,9% des médecins remplaçants interrogés. Il rapporte l'importance de la connaissance de la zone d'installation : 27% des médecins interrogés se sont installés sur leur ancien lieu de stage.

Enfin, parmi beaucoup d'autres, Perrine Lafond s'est intéressée à l'influence géographique des stages ambulatoires sur l'installation des jeunes médecins dans sa thèse d'exercice (40). 80 médecins généralistes en libéral dans le Poitou-Charentes ont été interrogés. 43% d'entre eux déclarent que l'un de leur stage ambulatoire leur a donné l'envie de s'installer à proximité. Concrètement, 23% se sont installés dans un rayon de 10km autour de leur lieu de stage. De plus, le milieu d'installation (urbain ou rural) semble être influencé par celui du stage SASPAS.

Ces différentes données encouragent le déploiement de terrains de stage pour les internes de médecine générale sur des territoires médicalement sous-dotés. L'ISNAR-IMG défend l'importance de ces stages ambulatoires, promesse d'une attractivité territoriale pour les jeunes médecins (41).

c) Exemple de terrain de stage innovant en Vendée

Une expérimentation a vu le jour en 2017 dans un contexte de déficit médical marqué dans le Sud Vendée et dans les cantons de Fontenay le Comte. Romain Croué - interne de médecine générale - en collaboration avec Dr Couillard - chef de

urgences de Fontenay Le Comte - et l'ensemble des acteurs du DMG de Nantes, ont mis en place un nouveau terrain de stage SASPAS.

Dans sa thèse "Élaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS*" (42), Romain Croué explique les enjeux de ce nouveau dispositif et sa mise en place.

Faute de maîtres de stage et de terrains de stage sur ce territoire, ils ont créé un nouveau poste qui permet aux internes de venir exercer de façon temporaire sur un territoire sous doté. L'importance de faire découvrir ces territoires aux jeunes médecins en formation pour favoriser leur installation est bien soulignée dans le rapport du CGET. Fontenay Le Comte et son canton souffrent d'une désertification médicale importante en Vendée à laquelle s'ajoute une pénurie de terrains de stage par manque de MSU.

Les urgences de Fontenay-le-Comte enregistrent de plus en plus de passages pour des consultations relevant de soins non adaptés au service des urgences. « L'objectif était de répondre aux demandes de soins non programmées adaptées à une prise en charge en cabinet de médecine générale » (Croué, 2018, p. 25).

Conscients qu'il est primordial de favoriser le lien "ville - hôpital" pour répondre aux problèmes d'accès aux soins, ils ont mis en place des consultations de médecine générale au sein du service hospitalier des urgences. « Plus que de réduire l'activité du service d'Urgences, il s'agissait d'y rationaliser cette demande de soins de médecine générale qui est existante et qui prend de plus en plus de place. » (Croué, 2018, p. 26). En 2017 et encore aujourd'hui, ces recours sont de plus en plus fréquents devant les difficultés qu'ont les patients à obtenir une consultation en médecine générale ambulatoire. Ces patients étaient alors réorientés vers les consultations de l'interne de médecine générale. Il s'agissait également de proposer une prise en charge globale et la reprise d'un suivi médical. Les médecins traitants des patients, s'ils existaient, restaient le médecin référent.

Les patients étaient orientés par l'accueil des urgences mais ils pouvaient également prendre rendez-vous. Cela permettait de faire du soin programmé et non programmé. Au total, un tiers des patients vus dans leur dispositif n'avait pas de médecin traitant et 7% des consultations étaient des demandes de suivi de traitement dans le cadre de pathologie chronique.

D'un point de vue pédagogique, il s'agissait pour l'interne de se mettre en situation d'un jeune médecin en création de patientèle sur le territoire. Ainsi l'interne ne pouvait bénéficier d'un dossier médical antérieur ni du regard de son maître de stage sur des patients déjà connus. L'interne était chargé du suivi, de l'organisation du cabinet, de son emploi du temps et de la coordination avec les autres acteurs de médicaux et sociaux. Cela est « particulièrement formateur dans une démarche de responsabilisation pour une installation future » (Croué, 2018, p. 68).

Une des problématiques rencontrées au sein de leur dispositif était l'impossibilité à répondre positivement à certains soins relevant de la médecine générale comme par exemple: les déclarations de grossesse, les demandes d'ALD ou encore les demandes de cure thermale.

En effet, l'interne avait pour seul maître de stage un médecin urgentiste. Il ne pouvait donc pas utiliser le numéro RPPS professionnel de son maître de stage au même titre que dans les autres terrains de stage. Romain Croué déclare dans sa thèse qu'il est indispensable pour une bonne formation de l'interne au sein du dispositif que la supervision se fasse « par plusieurs MSU, deux au minimum, trois dans l'idéal (comme c'est le cas dans les SASPAS conventionnels), dont au moins un médecin généraliste de ville. » (Croué, 2018, p. 72)

Le logiciel utilisé pour les consultations était celui des urgences et était donc inadapté à la pratique de la médecine générale. L'absence de secrétariat pouvait perturber l'interne car il devait lui-même répondre au téléphone pour la prise de rendez-vous.

Le dispositif se voulait temporaire et expérimental. À la fin du semestre peu de patients avaient retrouvé un médecin traitant et ils se retrouvaient donc sans solution pérenne. À Fontenay-le-Comte, les internes en SASPAS ne consultaient qu'au sein de l'hôpital pendant toute la durée de leur stage. Ils n'avaient pas l'opportunité de réaliser des consultations dans des cabinets de ville d'exercice habituel. Les consultations étaient, pour la majorité, des soins non programmés et cela ne permettait pas à l'interne de se former aux consultations de suivi de pathologies chroniques et de suivi de l'enfant. Ces modalités de stage ne permettaient pas une formation qualitative et complète pour l'interne en médecine générale.

En 2019, les différents acteurs territoriaux et le DMG ont relancé l'expérimentation des consultations d'accès aux soins, assurées par des internes SASPAS, sur trois sites différents (Challans, Fontenay-le-Comte et la Roche-sur-Yon).

Dans sa thèse d'exercice soutenue en juin 2023, Gregory Perez explique la mise en place et l'activité depuis 2019 du dispositif de la Roche-sur-Yon (43).

Après de nombreuses concertations entre tous les acteurs du projet, les premières consultations à la Roche-sur-Yon ont vu le jour en novembre 2019 avec l'arrivée des premiers internes. Elles se tenaient dans les anciens locaux de la PASS où se trouvait également la maison médicale de garde. Les consultations étaient assurées pendant 2 jours par semaine par 2 internes en SASPAS. Ils étaient encadrés par 2 MSU du territoire avec l'aide ponctuelle des médecins urgentistes.

Les patients étaient adressés par différents modes comme par exemple : les urgences, les secrétariats des spécialistes, les structures sociales ... Les patients pouvaient aussi prendre rendez-vous directement au secrétariat. En effet, une communication au grand public a été réalisée à travers les journaux papiers et les journaux télévisés. Ils recevaient, au sein du dispositif, tous les patients ayant besoin de soins primaires qu'ils soient programmés ou non programmés. Les patients n'étaient pas reçus dans le dispositif selon des critères spécifiques d'inclusion. Ils pouvaient avoir un médecin traitant déclaré ou non. Le dispositif de la Roche-sur-Yon n'avait pas vocation à retrouver un médecin traitant aux patients suivis.

B) Dispositif expérimental sur le territoire de la CPTS LVO

Les acteurs territoriaux se sont rassemblés afin de trouver des solutions adaptées à leur territoire. Suite à ces échanges, un projet innovant a vu le jour afin de répondre aux besoins médicaux du territoire.

Le dispositif a été conçu pour répondre au problème d'accès aux soins primaires et à la difficulté à trouver un médecin traitant en Vendée. Les acteurs du projet, en concertation avec les internes de médecine générale, ont défini le cadre des consultations réalisées au sein du dispositif. La décision prise a été d'axer les consultations sur le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'éducation thérapeutique. Les consultations étaient programmées et les seules urgences prises en charge étaient les décompensations des pathologies chroniques existantes.

Les différents acteurs locaux ont réfléchi ensemble à des solutions adaptées à leur territoire. En Vendée, la CPTS Loire Vendée Océan, l'hôpital de Challans et le DMG de l'université de Nantes ont mis en place un terrain de stage novateur pour les internes SASPAS.

Nous avons participé, en tant qu'interne en stage SASPAS, à la création du dispositif de consultation de médecine générale au sein de l'hôpital de Challans pour les patients sans médecin traitant. En sur-représentation sur le territoire de la CPTS, les patients suivis au sein du dispositif bénéficiaient d'une ALD et/ou avaient plus de 70 ans.

Notre travail vise à retracer la création du dispositif, à mesurer son activité et à identifier des facteurs d'amélioration.

i) Enjeux pour la population

Comme décrit dans la documentation officielle de la CPTS, les consultations ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins de premier recours aux patients n'ayant pas de médecin traitant. Le dispositif a pour ambition de diminuer le nombre de patients en rupture de soins et favoriser le relai vers les médecins généralistes du territoire. En proposant un espace de suivi et de recours au soins primaires pour des patients cibles, le dispositif pourrait permettre une diminution du nombre de passages aux urgences pour des motifs de médecine générale. L'idée serait de diminuer la fréquence des décompensations des pathologies chroniques en assurant un suivi régulier des patients. En améliorant le parcours de soins, le dispositif permettrait aux patients de bénéficier d'actes de prévention et une orientation vers des spécialistes si besoin.

Ce dispositif permettrait aussi d'assurer un suivi sur le long terme pour les patients ne retrouvant pas immédiatement de médecin traitant.

Le Collège National des Généralistes Enseignants publie en 2023 un avis sur l'importance de la continuité des soins en médecine générale (44). Il étudie plusieurs études dont deux revues systématiques de littérature. Ces dernières évaluent l'effet de la continuité de soins sur la santé des patients à l'aide d'indices de continuité ou de données telle que la durée de la relation médecin généraliste-patient. Les études montrent la réduction du nombre de passages aux urgences ou de recours à la permanence des soins ainsi qu'une réduction du coût de la santé. Au sujet du suivi des maladies chroniques, les études montrent la réduction de la mortalité toutes causes confondues chez les patients avec un parcours de soins bien coordonné par rapport à ceux ayant un parcours de soins peu ou non coordonné. Enfin, elles objectivent la réduction des hospitalisations évitables y compris en cas de maladies chroniques.

En 2016, dans sa thèse d'exercice (45), Aline Châtaignier décrit le ressenti des patients sur la qualité des soins dans un contexte de difficulté d'accès à un médecin traitant. L'étude qualitative s'est déroulée auprès des patients de la commune de

Challans en 2014. On constate que les patients font un lien entre la qualité de soins et la difficulté à trouver un médecin traitant. « Les dimensions de la qualité des soins qui se dégagent du discours des patients comme les plus atteintes sont l'accessibilité physique et spatiale (commodités, capacités financières et acceptabilité), la relation médecin patient, la continuité des soins, la sécurité et les besoins des patients. » (Châtaignier, 2016, p. 67). Selon la HAS (46), ces dimensions ressortent comme déterminantes pour la qualité de soins. L'absence de médecin traitant entraîne un sentiment d'insécurité chez les patients et entraîne des comportements à risque comme l'automédication, le retard de prise de rendez-vous et donc le retard de prise en charge et l'absence de suivi des maladies chroniques.

De plus, il existe un enjeu financier pour la population d'avoir un médecin traitant déclaré. En effet, selon l'article 7 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1), les patients sont pénalisés financièrement s'ils consultent en étant "hors parcours de soin". Cependant, à l'échelle locale, la CPAM propose des solutions pour dépenaliser les patients ne trouvant pas de médecin traitant (47). Un échange téléphonique effectué en août 2023 auprès de la responsable de l'offre de soins de la CPAM 85 a permis de confirmer leur souhait de mieux accompagner les patients sans médecin traitant. Devant l'évolution de la démographie médicale en Vendée, une dérogation officielle à la loi existe pour que les patients sans médecin traitant déclaré ne soient pas pénalisés financièrement. Ces patients se voient attribuer de façon automatique lors de la cessation d'activité de leur médecin traitant un médecin fictif. Cela leur permet de bénéficier du meilleur remboursement de leurs soins. Pour les patients qui déménagent sur le territoire, cela ne se fait pas automatiquement. Ils doivent contacter le conciliateur de la CPAM 85 pour pouvoir bénéficier de cette dérogation.

Le parcours de soins coordonnés (48), institué par la loi du 13 août 2004, permet aux usagers de bénéficier d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. Pour cela, il faut désigner un médecin traitant qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Il doit être consulté de manière privilégiée pour la réalisation d'examens complémentaires et l'adressage vers des spécialistes.

En cas de non-respect du parcours, le montant du remboursement par la sécurité sociale est diminué et le ticket modérateur majoré n'est jamais pris en charge par les mutuelles.

Selon le rapport annuel de 2013 émis par la cour des comptes (49), les sanctions financières se sont aggravées dans les dernières années. Le reste à charge (le ticket modérateur) est majoré en cas de non-respect du parcours et les médecins consultés peuvent réaliser des dépassements d'honoraires.

Ces pénalités financières s'appliquent à toutes les personnes sans distinction de revenus et celles qui sont habituellement exonérées du ticket modérateur sauf pour quelques exceptions dont les ALD. Le système de soin peut donc creuser les inégalités d'accès aux soins.

ii) Enjeux pour les professionnels de santé

Plusieurs bénéfices pour les professionnels de santé sont mis en avant lors de la création du dispositif.

Il permettrait l'amélioration du lien "ville-hôpital" grâce à des consultations de médecine générale au sein d'une structure hospitalière. Par ailleurs, l'accès aux avis spécialisés y serait simplifié.

Il favoriserait le travail pluridisciplinaire et coordonné via la CPTS LVO entre tous les acteurs du territoire. Ces derniers partagent un objectif commun : améliorer l'accès aux soins primaires dans des parcours de soins coordonnés. Cette activité interprofessionnelle est promue pour assurer une gestion optimale des consultations possiblement complexes : des patients âgés et/ou chroniques en rupture de soins.

Ce dispositif présenterait de nouveaux intérêts pédagogiques pour les internes en SASPAS. La création de patientèle et le format des consultations sont particulièrement responsabilisants et professionnalisants. Ce stage imposerait à

l'interne une autonomisation rapide. Il soulèverait ainsi des problématiques de supervision particulièrement exigeantes en lien avec ces responsabilités.

Il permettrait à l'interne SASPAS de découvrir un nouveau territoire et ses différents acteurs médicaux et sociaux. La connaissance d'un territoire et l'accès à un exercice coordonné sont, selon le CGET et l'étude de la CNOM de 2019, des facteurs d'installation pour les médecins généralistes.

D'autre part, sur le plan pédagogique, ce stage représente une opportunité d'apprentissage à l'exercice collaboratif. Il permettrait aux internes en SASPAS de se familiariser au travail interprofessionnel avec un IPA. Dans sa thèse d'exercice (29), Alexis Le Cann, décrit certains freins et obstacles à l'introduction d'IPA. Il note ainsi l'intérêt "d'insister sur les étudiants de médecine générale en communiquant sur les atouts de ce type de collaboration et en favorisant le travail interprofessionnel dès la formation initiale : cours partagés avec des IPA, travaux en commun (type mémoire), exercice de mise en situation commune, recherche scientifique... ».

Par tous ces aspects, ce terrain de stage innovant soulèverait de nouveaux bénéfices pédagogiques pour les internes de médecine générale.

iii) Fondements du projet

a) Accord et signature des conventions locales

En 2020, la CPTS LVO a proposé des axes stratégiques et des actions à mettre en place localement. Les axes sont:

- Axe stratégique 1 : Renforcer la coordination et la communication interprofessionnelle
- Axe stratégique 2 : Améliorer l'accès aux soins
- Axe stratégique 3 : Développer les actions de prévention
- Axe stratégique 4 : Renforcer le lien ville/ établissement de santé

Les actions sont décidées par des conventions signées par tous les acteurs concernés. Au sein de l'axe numéro 2, l'action numéro 4 est de : "Favoriser l'accès à un médecin traitant pour la population du territoire de la CPTS". Le dispositif créé s'intègre dans cet objectif.

Afin de faire un état des lieux du territoire et de proposer un dispositif adapté aux besoins locaux, le groupe de travail a recensé les installations de médecin généralistes et les départs. Avec l'aide de la CPAM, ils ont également recensé les patients à la recherche d'un médecin traitant. Le recensement en Vendée et plus particulièrement sur le territoire de la CPTS rapporte qu'au 31/12/2020, 11,9 % des patients n'avaient pas de médecin traitant (soit 11 619 patients). À cette même date, 5 % des patients en ALD n'ont pas de médecin traitant (soit 1 186 patients) et 6,7 % des patients de 75 ans ou plus n'ont pas de médecin traitant (918 patients).

Plus spécifiquement, le recensement montre qu'il y a 437 patients domiciliés sur le territoire de la CPTS, de 75 ans et plus en ALD, qui n'ont pas de médecin traitant déclaré en exercice.

Ces recensements ont permis de mieux définir la population et ses besoins ainsi que la démographie médicale du territoire. Ils ont également été utilisés lors de la rédaction de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entre la CPTS, l'ARS et la CPAM.

L'accord conventionnel interprofessionnel est relatif au déploiement de communautés professionnelles territoriales de santé publié au journal officiel du 24 août 2019. Il prévoit la définition d'un contrat élaboré de manière partenariale au niveau des territoires. L'objectif est de réaliser des missions locales adaptées au besoin d'un territoire comme développer l'accès aux soins et favoriser l'accès à un médecin traitant. L'ACI précise les critères à respecter pour que les communautés territoriales de santé obtiennent des financements. Le financement est lié à l'intensité des moyens développés mais est également lié aux résultats observés sur la base d'indicateurs.

Cet accord élaboré en mars 2021 a permis le financement du projet par la CPAM et l'ARS. L'ACI définit un indicateur local qui est “ la réduction du nombre de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 75 ans”.

En effet, les admissions en ALD pour cancer et maladie cardiovasculaire sont plus importantes sur le territoire de la CPTS qu'au niveau régional et national, peu importe la tranche d'âge de la population.

Lors de la signature de l'ACI, l'objectif défini à 1 an est de trouver un médecin traitant pour 42 patients cibles. Soit, la réduction du nombre de 437 à 395 patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée et les patients âgés de plus de 75 ans.

Finalement, les patients cibles ont été re-définis au début de la mise en place du dispositif selon des critères précis et réévalués pour s'adapter à la demande réelle du territoire et assurer un minimum de consultation aux internes.

Les patients doivent bénéficier d'une ALD et/ou avoir au moins 70 ans. Le critère de l'âge, utilisé pour le recrutement des patients dans le dispositif, a été abaissé à 70 ans afin d'être plus inclusif. De plus, on retrouve le critère géographique qui est de vivre sur le territoire de la CPTS et le critère incontournable : ne pas avoir de médecin traitant. Cet objectif sera utilisé pour évaluer le dispositif et son action sur le territoire.

En 2020, la CPTS Loire Océan et le CHLVO ont signé une convention (annexe 3) relative aux modalités de coopération dans le cadre de l'amélioration du parcours de santé. La convention, à reconduction annuelle, a pour objectif d'harmoniser sur le territoire les relations entre les acteurs principaux. La feuille de route en annexe présente les différents projets collaboratifs entre l'hôpital et la CPTS. Afin d'améliorer le parcours de soin, ils proposent d'accueillir deux internes SASPAS au sein de l'hôpital pour la prise en charge des patients sans médecin traitant.

Devant la complexité des réformes des études de médecine et des spécificités territoriales, l'ARS des Pays de la Loire a mis en place un projet de convention de partenariat "MATAF".

Ce projet de Mission d'Appui à la Transformation et à l'Animation territoriale de la Formation (MATAF) est mis en œuvre entre les UFR Santé de Nantes et d'Angers, le Conseil Régional et le CHLVO. La MATAF fixe les objectifs des missions sur le territoire. Elle permet de garantir les grands équilibres financiers avec l'hôpital et le cadre pédagogique pour les internes SASPAS.

La CPTS explique que, favoriser l'accès au soin, est une « démarche qui s'insère dans une logique d'amélioration et d'évolution des types de prise en charge qui se veut nécessairement pluriprofessionnelle et en collaboration avec les acteurs de la santé concernés » (CPTS LVO, 2020, p. 14) (50)

Le travail interprofessionnel est une des pistes apportées pour faciliter l'accès aux soins des patients sur un territoire qui manque de médecins généralistes. Les acteurs proposent donc des consultations de médecine générale réalisées par un binôme IPA et un interne SASPAS sous la supervision d'un MSU de médecine générale.

Le Dr Laurent BRUTUS, président de la CPTS LVO et membre du DMG de Nantes, devient le premier MSU de ce nouveau terrain de stage. Une fiche de poste (annexe 4) est rédigée pour un IPA dans laquelle sont décrites ses missions et sa rémunération par la CPTS. Philippe PRAUD, recruté par la CPTS et grâce au réseau Vendéen, est un infirmier de pratique avancé déjà implanté sur le territoire. Il est spécialisé en prévention et poly-pathologie courantes en soins primaires.

Les objectifs du projet collaboratif sont de limiter les passages aux urgences pour les patients sans médecin traitant en facilitant l'accès aux soins primaires et de les réattribuer à un médecin traitant via la CPTS.

b) Concertation avec le DMG pour la validation du terrain de stage

Le semestre d'hiver 2021-2022 a été défini pour être le début de cette collaboration entre les soins primaires et l'hôpital de Challans.

Aucune convention ou accord n'a été signé entre le DMG de Nantes et les autres acteurs du projet avant le début du stage SASPAS en novembre 2021. De nombreux échanges informels ont été réalisés entre le DMG et la CPTS pour permettre la mise en place du stage. Celle-ci reposait principalement sur les expériences de Fontenay-le-Comte et La Roche-sur-Yon.

Le rôle du MSU dans ces dispositifs diffère d'un stage SASPAS habituel. En effet, le MSU doit superviser la prise en charge médicale d'une patientèle qui lui est inconnue.

Dans un souci de pérennisation du dispositif et de garantie quant à l'encadrement pédagogique des internes, une convention (annexe 5) entre le DMG, l'ARS, le CHLVO et la CPTS a été signée un an plus tard, en novembre 2022.

c) Communication initiale

Fin d'été 2021, la CPTS CHLVO a débuté une communication auprès de l'Ordre des médecins pour faire connaître le dispositif.

En octobre 2021, un courrier (annexe 6) a été adressé aux différents services et secrétariats du CHLVO. Il explique l'objectif du projet, le lieu des consultations et leur organisation (mode d'adressage des patients, secrétariat ...). Dans ce courrier, il est explicitement indiqué que le numéro du secrétariat n'est pas diffusable directement aux patients. Aucune communication dans la presse locale ni envers la population n'a été réalisée. Cette décision a été prise afin d'éviter la saturation du dispositif. En effet, la population cible est très dense et en attente de solutions dans un contexte où les ressources médicales deviennent rares.

C) Élaboration et mesure de l'activité sur le semestre novembre 2021- mai 2022

i) Processus d'élaboration du dispositif

a) Création physique du lieu de consultation et matériel médical

Les consultations se déroulaient au second étage du bâtiment Biochaud du CHLVO. L'étage était partagé avec différents spécialistes. Ceci permettait d'avoir facilement des échanges informels et des avis médicaux (diabétologues, neurologues, consultations mémoire et douleur). Deux salles d'examens pourvues d'un ordinateur et d'une table d'examen étaient à notre disposition chaque mardi et jeudi : la première pour l'IPA et la seconde pour l'interne.

Début novembre, ces salles n'étaient pas équipées pour des consultations de médecine générale. Il a fallu élaborer la liste du matériel nécessaire, à l'image de la création d'un cabinet médical adapté à la patientèle cible (tensiomètre, stéthoscope, otoscope et spéculum d'oreille, abaisse langue, monofilament, saturomètre, pèse personne, lecteur de glycémie, pansements...). Ce matériel était financé par la CPTS. Un ECG était mis à disposition pour toutes les salles d'examens et les différents professionnels du même étage. La gestion des stocks était assurée par l'interne et l'IPA.

b) Logiciels médicaux utilisés et aspect financier

Deux logiciels médicaux étaient prévus pour ces consultations.

Le logiciel Crossway, imposé par la direction de l'hôpital, était déjà l'outil de travail des professionnels du CHLVO. Une formation délivrée par le service informatique de l'hôpital a permis de nous familiariser avec ce logiciel.

Le second logiciel utilisé était WEDA, logiciel médical en ligne labellisé "exercice coordonné". Celui-ci était plus adapté à une activité de consultation ambulatoire et de suivi médical. Nous avons la possibilité d'y intégrer des comptes rendus, des

biologies, des constantes ... Ce logiciel en ligne permettait également au MSU d'avoir une vision sur le dossier médical lorsqu'il n'était pas présent physiquement aux consultations. Il était possible avec WEDA de générer un dossier médical informatique en format PDF et de l'intégrer sur une clef USB.

WEDA était le logiciel utilisé lors des consultations. Chaque interne et IPA disposait d'un compte personnel. Des notes de coordination sur le logiciel facilitaient le travail collaboratif. À la fin de chaque consultation, un "copier-coller" dans Crossway permettait une visibilité de notre travail pour les autres soignants du CHLVO. Cela présentait un intérêt pour les services des urgences, les services hospitaliers et les spécialistes du CHLVO. Ainsi, ils pouvaient avoir accès aux informations médicales des patients suivis dans le dispositif. À travers ce logiciel, nous avons créé les en-têtes des courriers et des ordonnances qui ont servi à la prescription des traitements et des examens complémentaires.

On retrouvait sur les ordonnanciers le numéro ADELI du CHLVO, le numéro RPPS du chef du service des urgences et le RPPS du responsable pédagogique (le MSU). L'identité des internes apparaissait également sur ces documents.

L'interne assurait la cotation de la consultation (selon la T2A) dans le logiciel Crossway à chaque fin de consultation. Le patient n'avancé aucun frais. Le montant de la consultation correspondait à une consultation de médecine générale hospitalière, soit 25 euros.

De cette façon, le CHLVO pouvait être rémunéré à l'acte par l'assurance maladie. Le bénéfice était principalement utilisé pour rémunérer le secrétariat. À noter que les consultations faites par l'IPA n'étaient pas facturables. L'IPA était rémunéré par la CPTS. L'interne était rémunéré par le CHU de Nantes comme c'est le cas dans les autres terrains de stage. Le MSU était rémunéré en tant que MSU par la faculté de Nantes. À la différence des autres terrains de stage, le MSU ne percevait par le montant des honoraires de consultations réalisés par l'interne.

c) Secrétariat et mise en place du créneau de consultation

Il a été proposé au secrétariat des consultations mémoire et de la médecine polyvalente de participer au dispositif. Plusieurs secrétaires étaient chargées par le CHLVO de nous aider. Le numéro de téléphone n'était pas public afin d'éviter la saturation du dispositif. Les patients étaient accueillis dans un premier temps au rez-de-chaussée par les secrétaires. Ces dernières créaient un dossier informatique sur Crossway avec l'identité du patient, ses coordonnées et s'assuraient du bon parcours de soin (respect ou non des critères d'inclusion des patients dans le dispositif). Elles vérifiaient que les patients avaient pris connaissance des modalités de consultation au sein de ce dispositif : consultations assurées par un interne de médecine générale en dernière année et/ou par un IPA.

Les résultats des biologies et les comptes rendus étaient reçus via une adresse mail commune aux différents professionnels du dispositif. Cette adresse mail a été créée au milieu du stage pour faciliter la communication et la réception des différents examens prescrits. Les secrétaires adressaient ensuite les résultats biologiques aux internes ou au MSU les jours où les internes n'étaient pas présents au sein du dispositif.

Le secrétariat aidait à la prise des rendez-vous pour le dispositif mais également à la prise des rendez-vous auprès des différents spécialistes du CHLVO.

d) Répartition du travail entre IPA-interne et déroulé d'une consultation

De novembre 2021 à début janvier 2022, les consultations étaient réalisées en binôme interne-IPA.

Le binôme prenait connaissance des dossiers des patients (si ces derniers étaient connus du CHVO) pendant 15 minutes avant de les rencontrer. Chaque patient bénéficiait ensuite d'une consultation pluriprofessionnelle pendant 45 minutes.

Chacun se présentait, expliquait son rôle et cherchait à connaître les attentes du patient. Le cadre des consultations étaient expliqué aux patients. Ces consultations programmées offraient la possibilité de reprise de suivi des pathologies chroniques ainsi que de leurs éventuelles décompensations. Pour les autres soins non programmés, les patients étaient redirigés vers la plateforme de régulation (116-117). Cette première consultation nous permettait de recueillir les données qui servaient ensuite à remplir le document de suivi partagé entre les professionnels (tableur Excel).

Ce rythme était possible du fait de la faible demande initiale. Cela a permis de réorganiser le temps de travail et de réfléchir à un recrutement des patients plus efficace. Chaque interne travaillait une journée par semaine (le mardi ou le jeudi) avec l'IPA au sein du dispositif. L'interne effectuait le reste de son stage SASPAS dans deux cabinets de médecine générale sur le territoire de la CPTS.

A partir de janvier 2022, la demande de soins a augmenté et chacun s'était familiarisé avec le dispositif. L'interne et l'IPA consultaient chacun dans leur bureau en simultané avec la répartition du travail suivante :

La première consultation de rencontre avec le patient était assurée par l'IPA et durait 30 minutes. Il créait le dossier médical dans WEDA avec les coordonnées du patient. Il alimentait le tableur avec les informations demandées. Il renseignait le mode de vie, le traitement habituel, les dépistages et les vaccinations réalisées. Il hiérarchisait les antécédents, les résultats d'examens et les comptes rendus médicaux.

Il scannait et intégrait les documents utiles dans le dossier du patient. Il prescrivait une biologie selon l'ancienneté de la dernière qui était à réaliser avant la consultation avec l'interne. En cas de problématique aiguë, il sollicitait l'avis de l'interne.

La seconde consultation était assurée par l'interne. Celle-ci durait également 30 minutes. L'interne prenait connaissance du dossier WEDA rempli par l'IPA. Il questionnait les demandes du patient. Il prenait connaissance des résultats de la dernière biologie. Il réalisait également un examen clinique complet. Il proposait une révision de l'ordonnance des traitements habituels. Il s'assurait que les suivis

spécialisés dans le cadre de l'ALD du patient étaient à jour. Si besoin, il rédigeait un courrier pour adresser le patient vers un médecin spécialiste. À la fin de cette consultation, l'interne écrivait une synthèse pour décrire le profil du patient et ce qu'il proposait de mettre en place pour lui.

Les consultations suivantes étaient réalisées par l'IPA ou l'interne SASPAS selon le niveau de complexité et les besoins médicaux. Certains patients nécessitaient jusqu'à 3 ou 4 consultations rapprochées avec l'interne pour permettre une bonne reprise du suivi médical.

De plus, des temps d'échanges pluri professionnels étaient prévus dans la journée afin de discuter des dossiers complexes et répondre aux questionnements de chacun suite aux consultations. Nous pouvions également contacter notre MSU si besoin.

Le fonctionnement du stage a évolué sur les deux derniers mois. Devant l'augmentation de la demande de soins, les créneaux du matin étaient réservés aux nouveaux patients. Les créneaux de l'après-midi étaient réservés aux consultations de suivi. Une attention particulière était donnée lors de la programmation des consultations de suivi : les patients étaient reçus par le même interne dans la mesure du possible.

e) Recrutement des patients

Initialement, le recrutement des patients devait se faire au travers de la CPAM notamment via son dispositif d'aide aux patients sans médecin traitant.

La CPAM devait contacter directement les patients répondant aux critères et organiser les rendez-vous avec le secrétariat. L'assurance maladie n'était pas en mesure de nous communiquer la liste de ces patients car cela pouvait être considéré comme une rupture du secret médical. En effet, les patients n'avaient pas donné leur consentement pour que leurs coordonnées soient transmises au dispositif. Certains d'entre eux appelaient de leur propre initiative le conciliateur de l'assurance maladie et s'ils répondaient aux critères, ils pouvaient également entrer dans le dispositif.

En interne, les services hospitaliers du CHLVO étaient informés de ces nouvelles consultations et étaient habilités à contacter directement le secrétariat pour les patients éligibles. Afin de faire connaître les consultations aux différents services hospitaliers, nous avons personnellement rencontré les secrétariats et les cadres de santé au début du stage.

Malgré ces différentes méthodes et la communication exercée en intra hospitalier (plusieurs rencontres et courriels), le recrutement s'est avéré insuffisant.

Fin novembre 2021, nous avons essayé d'autres modes de recrutement afin d'intégrer davantage de patients dans le dispositif à l'aide d'une liste fournie par le service des urgences. Ce document détaillait les passages aux urgences des patients sans médecin traitant. Cette méthode a été rapidement abandonnée car elle était trop chronophage et infructueuse (faux numéros, patients seulement de passage dans la région, médecin traitant non déclaré etc...).

Finalement, en janvier 2022, nous avons créé un formulaire d'adressage à destination des pharmacies et des secrétariats des cabinets médicaux du territoire (annexe 7). Ce formulaire a permis un recrutement efficace et adapté. Ce dernier présentait la consultation SASPAS et ses objectifs. Les critères d'éligibilité étaient clairement indiqués. Si le patient répondait aux critères, il pouvait renseigner ses coordonnées. Sa signature attestait de son accord pour être contacté afin d'établir un rendez-vous. Le formulaire était ensuite envoyé par fax ou par mail à notre secrétariat qui se chargeait d'organiser les consultations.

La communication s'est poursuivie au sein de l'hôpital tout au long du semestre à travers le journal intra hospitalier "Flash" (annexe 8) et auprès des professionnels de la CPTS par des newsletter et des assemblées générales.

f) Organisation du suivi au sein du dispositif et par les spécialistes

Le patient rencontrait l'IPA lors de la première consultation appelée J0 puis l'interne lors d'une consultation appelée J7. Cette deuxième consultation était programmée d'emblée par le secrétariat.

Les consultations de suivis étaient réalisées par l'IPA ou l'interne SASPAS selon le niveau de complexité et les besoins médicaux. L'interne déterminait quel professionnel le patient rencontrerait lors de la consultation suivante. Il devait choisir un délai adapté à l'état de santé du patient. Il organisait une consultation "J15" s'il fallait plus de temps pour compléter le dossier. Sinon, les professionnels fixaient une consultation à 3 mois "M3" et une à 6 mois "M6". S'il s'agissait d'une réévaluation de traitement a priori non complexe, le secrétariat donnait un rendez-vous avec l'IPA. S'il s'agissait d'une réévaluation de traitement complexe ou qu'il existait une problématique médicale, le secrétariat programmait le patient en consultation avec l'interne SASPAS. Les patients étaient suivis tous les 3 mois s'ils n'avaient besoin que d'une réévaluation de traitement et d'un renouvellement d'ordonnance. L'IPA assurait comme mission complémentaire si nécessaire les tests mémoires, les EFR, les tests auditifs et les vaccinations.

La reprise du suivi avec des spécialistes était organisée par l'interne qui adressait les patients par courrier. L'adressage se faisait, dans la majorité des cas, vers des spécialistes du CHLVO. L'utilisation d'un logiciel commun facilitait le suivi grâce à une visibilité du dossier médical mis à jour lors des consultations SAPAS.

De plus, les internes et l'IPA avaient à leur disposition l'annuaire intra-hospitalier. Cela permettait des échanges simplifiés et rapides si besoin.

Si les professionnels mettaient en évidence une situation d'urgence lors des consultations ou lors de la réception des résultats biologiques, ils pouvaient contacter leur MSU et les urgences du CHLVO.

Afin de communiquer et de recevoir les résultats d'examen, une adresse mail spécifique au dispositif a été créée. Cela permettait d'adresser les comptes rendus

externes à l'hôpital et les résultats de biologie. Il a été proposé dans un premier temps de mettre les adresses mail personnelles des internes à disposition pour la réception des résultats. Cette méthode n'a pas été retenue et une adresse mail spécifique au dispositif SASPAS a été créée pour centraliser les résultats. Cela permettait d'avoir une adresse commune à tous les professionnels et que les résultats biologiques soient vus par le MSU lorsque les internes ne consultaient pas.

g) Relais vers un nouveau médecin traitant

Le relais vers le médecin traitant était réalisé par l'IPA lors d'un temps dédié.

Ce dernier appelait soit les médecins, soit les secrétariats médicaux du territoire de la CPTS. Il leur présentait de nouveau le dispositif et leur demandait s'ils accepteraient de suivre quelques patients en devenant leur nouveau médecin traitant.

Les patients étaient présentés auprès des médecins généralistes par ordre d'arrivée dans le dispositif. Certains patients étaient priorisés si un suivi rapproché était nécessaire. Les patients étaient fléchés par rapport à la proximité géographique entre le cabinet médical et leur lieu de vie. La synthèse dans le dossier médical faite par l'interne devait faciliter le relai vers le nouveau médecin traitant.

Lorsqu'un médecin généraliste acceptait, le patient était prévenu par le secrétariat. L'IPA organisait la remise de dossier au patient en privilégiant le format numérique en format PDF. Les patients pouvaient déposer une clef USB à cette fin. Plus tard, les médecins généralistes traitants s'occupaient d'intégrer le dossier médical à leur logiciel personnel.

ii) Mesure de l'activité

a) Activité des consultations SASPAS

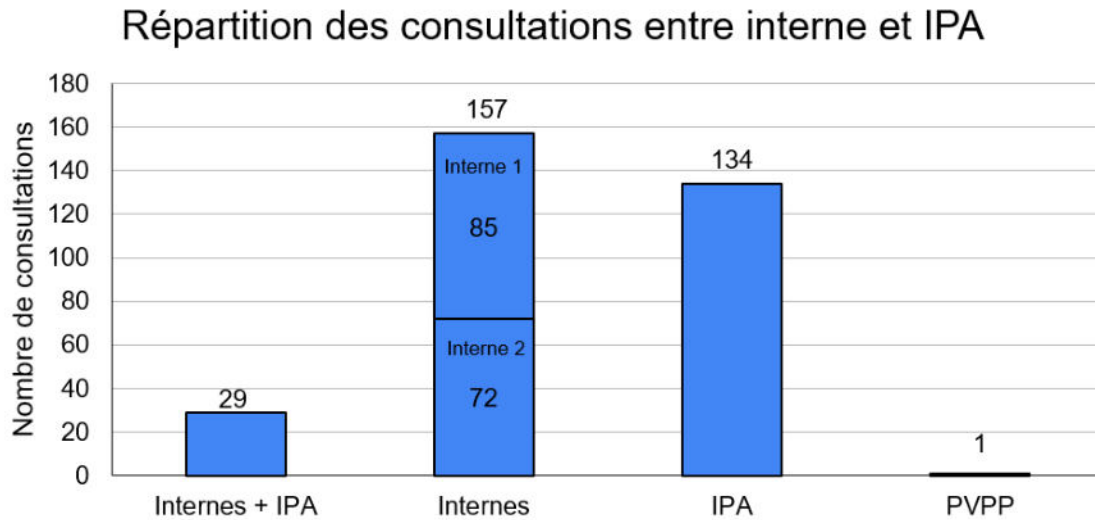


Figure n° 6 : Répartition des consultations par soignant sur le semestre

Entre novembre 2021 et fin avril 2022, 320 consultations ont été assurées au sein du dispositif. On peut observer sur le graphique que 29 consultations ont été réalisées en binôme interne et IPA (12 consultations pour l'interne 1 en binôme avec l'IPA et 17 consultations pour l'interne 2 en binôme avec l'IPA). Elles se sont déroulées pendant la première phase organisationnelle. Dans un deuxième temps, une autre organisation a été expérimentée et les patients étaient vus soit par l'IPA soit par l'interne. On peut noter que l'IPA a vu plus de patients que chaque interne individuellement. Cette différence est expliquée par le fait que l'IPA était présent 2 jours par semaine alors que chaque interne était présent 1 jour par semaine dans le dispositif. Cependant, lorsque l'on observe le nombre de consultations réalisées par l'IPA seul (134) et le nombre de consultations cumulées des deux internes (157), on note un nombre plus élevé de consultations pour les internes. Cela s'explique principalement par le fait que les internes voyaient plusieurs fois les patients avant de pouvoir organiser le suivi avec l'IPA. À la fin du semestre, le nombre maximal de consultations par jour et par soignant était de 10.

Nombre de consultations par patients entre novembre 2021 et avril 2022

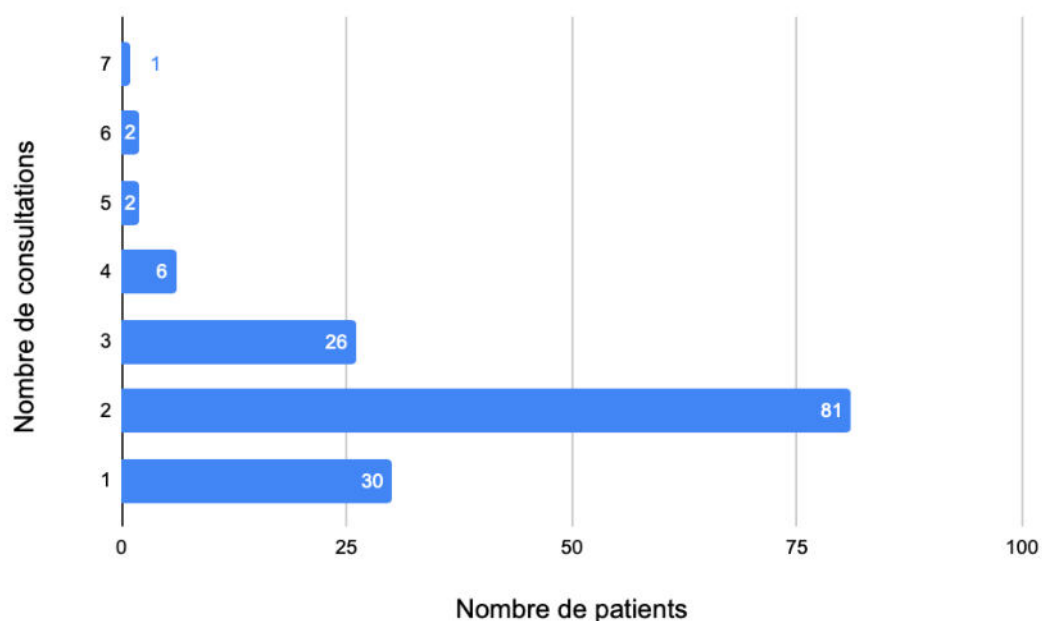


Figure n° 7 : Nombre de consultations en moyenne par patient entre novembre 2021 et avril 2022.

La majorité des patients a été vue deux fois sur le semestre. En moyenne chaque patient a bénéficié de 2,2 consultations. Devant la complexité des dossiers médicaux des patients (patient âgé, polypathologique et en rupture de soin) plusieurs consultations avec l'interne pour un même patient étaient parfois nécessaires avant de pouvoir faire le suivi par l'IPA seul ainsi que le relai vers le médecin traitant. Ces consultations permettaient d'acquérir une vision globale puis détaillée du dossier médical. Plusieurs consultations étaient nécessaires afin de répondre aux différentes problématiques du patient, organiser son suivi vers les spécialistes si besoin, mettre à jour les dossiers informatisés ...

Au maximum, un seul patient a bénéficié de 7 consultations entre novembre 2021 et avril 2022. 30 patients ont bénéficié d'une unique consultation. Une partie (8) de ces 30 patients correspond aux personnes pour qui un médecin traitant a été retrouvé rapidement. Ces derniers sont ceux qui ont été inclus au début du dispositif et vu par le binôme. L'autre partie de ces 30 patients sont ceux qui sont entrés tardivement

dans le dispositif et n'ont été vus que par l'IPA avant la clôture des données en avril 2022.

b) Recrutement des patients

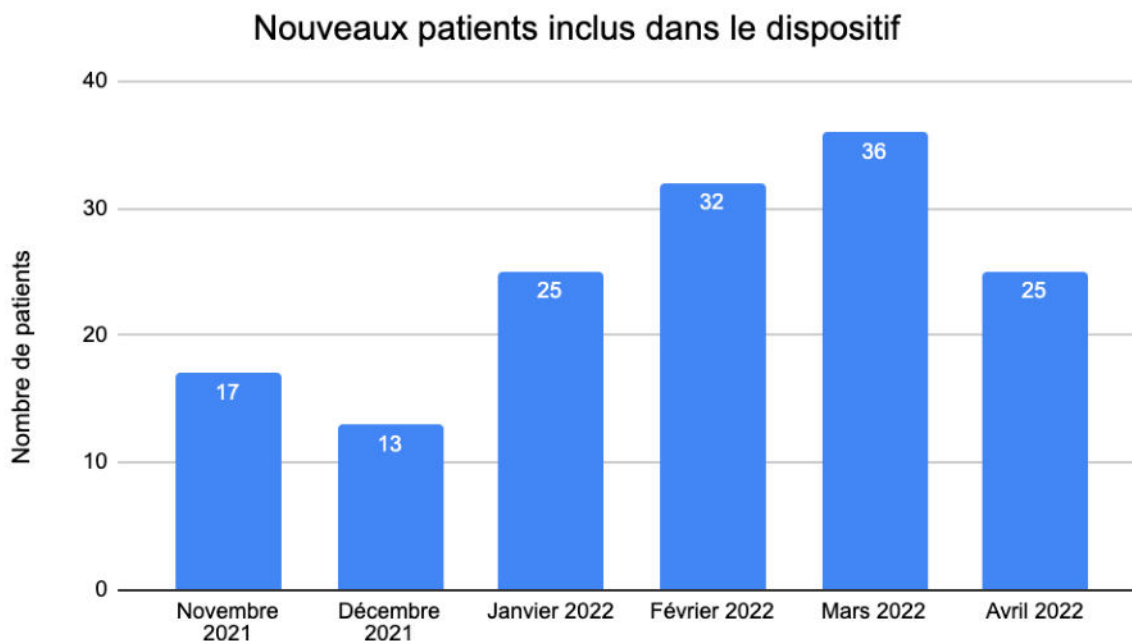


Figure n° 8 : Nombre de nouveaux patients inclus dans le dispositif par mois entre novembre 2021 et avril 2022.

Cette figure présente l'évolution du nombre de nouveaux patients inclus dans le dispositif chaque mois. En novembre, les patients inclus étaient recrutés principalement par la CPAM. En décembre, le nombre de nouveaux patients a diminué en raison d'un mode de recrutement en cours d'évolution mais également à cause de la période des fêtes (jours fériés et vacances). À partir de janvier, le nombre de nouveaux patients a augmenté progressivement jusqu'en mars grâce à l'adaptation du mode de recrutement (communications intra et extra hospitalières réalisées en décembre).

La diminution du nombre de nouveaux patients en avril était due à la saturation des créneaux réservés pour les nouveaux patients (6/jour) et à la mise en place des créneaux réservés pour la réévaluation des patients déjà inclus (4/ jour). A la fin du

semestre, il y avait suffisamment de patients (nouveaux patients et déjà inclus) pour remplir tous les créneaux de consultation des plannings de l'IPA et de l'interne.

Au total, 148 patients ont été inclus et suivis au sein du dispositif entre novembre 2021 et avril 2022.

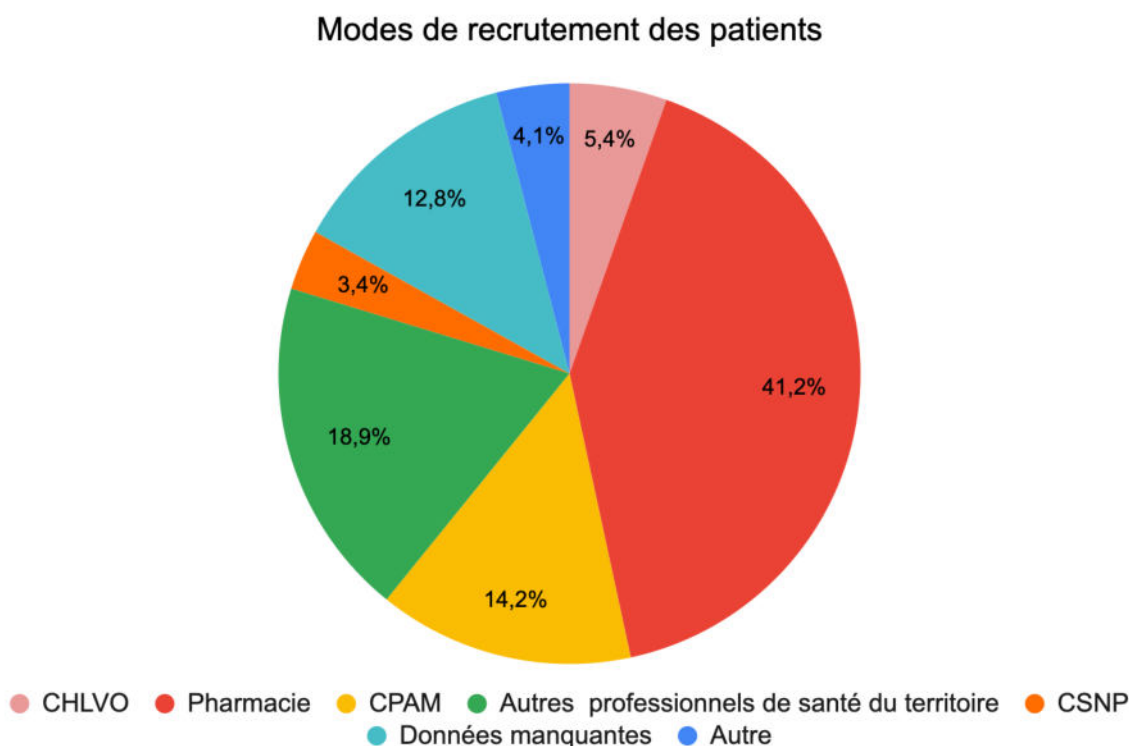


Figure n° 9 : Modes de recrutement des patients dans le dispositif entre novembre 2021 et avril 2022.

Cette figure représente les différents modes de recrutement des patients. Le recrutement initial était assuré par la CPAM. Ce mode ne représente finalement qu'un faible pourcentage sur l'ensemble du semestre.

Les patients ont majoritairement été adressés dans le dispositif grâce aux formulaires partagés dans les pharmacies du territoire de la CPTS. Les pharmacies représentent un lieu important pour les soins de premier recours. Ce mode de recrutement s'est vu être le plus efficace.

Près de 20% des patients ont été recrutés par les soignants du territoire de la CPTS (paramédicaux, résidence sénior et EHPAD) grâce à la communication réalisée sur le territoire concerné et au réseau de notre IPA. Le Centre de Soins Non Programmés de Challans (CNSP) créé fin janvier 2022 a participé au recrutement des patients. 4,1% des patients ont bénéficié d'un autre mode de recrutement, principalement par bouche à oreille sur le territoire de la CPTS. 13% des données sont manquantes (oublis de remplir le document de suivi lors de la consultation de rencontre).

c) Profils des patients

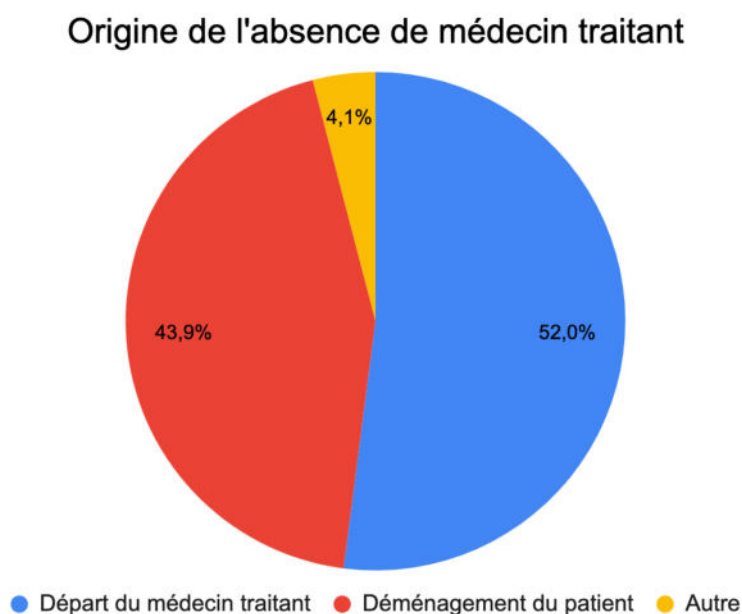


Figure n° 10 : Origine de l'absence de médecin traitant des patients inclus dans le dispositif.

52% des patients inclus n'avait plus de suivi médical à cause de la cessation d'activité de leur médecin traitant: départ à la retraite ou changement d'activité. Suite à un arrêt maladie prolongé d'un médecin du territoire, 6 patients sont entrés dans le dispositif afin d'éviter une rupture de suivi. Près de 44% des patients inclus n'avaient pas trouvé de médecin traitant sur le territoire depuis leur changement de région (la majorité venait de la région parisienne).

Les déménagements étaient pour des raisons personnelles ou professionnelles (rapprochement familial ou départ à la retraite). Pour 4,1% des patients, l'origine de l'absence de médecin traitant était un conflit avec leur médecin ou un passage temporaire sur le territoire de la CPTS.

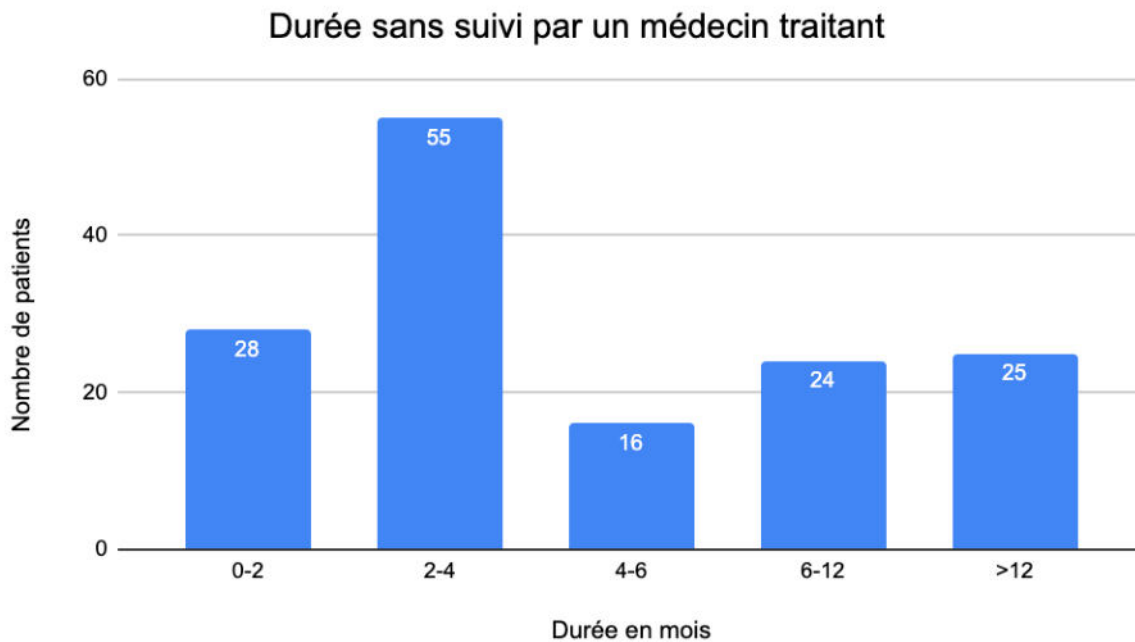


Figure n° 11 : Durée sans suivi des patients par un médecin traitant lors de leur entrée dans le dispositif

La majeure partie des patients inclus n'avaient pas bénéficié de suivi par un médecin traitant pendant 2 à 4 mois. 26 patients n'avaient pas eu de suivi pendant plus d'une année. En moyenne, les patients inclus au sein du dispositif n'avaient pas eu de suivi par un médecin traitant pendant 8,4 mois. L'écart type est de 11,94 mois.

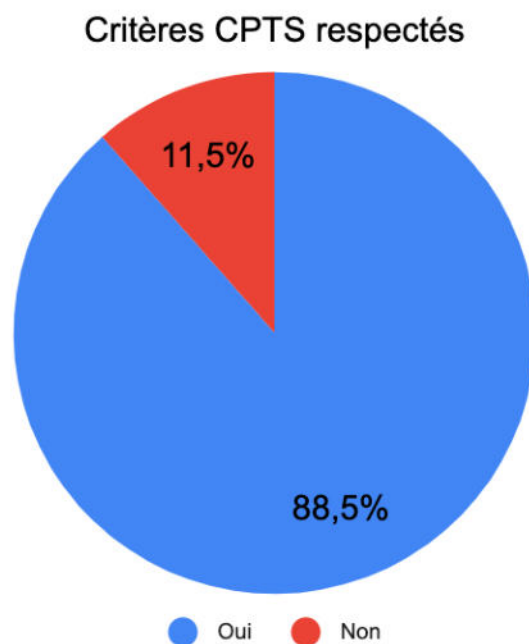


Figure n° 12: Respect des critères CPTS

L'inclusion selon les critères CPTS a été respectée dans la quasi-totalité des cas. Pour rappel, les critères étaient : patient sans médecin traitant, en ALD et/ou âgé de plus de 70 ans. Sur les 148 patients inclus, 103 patients (soit 69,5%) bénéficiaient d'une ALD. 17 patients (soit 11,5%) ont été inclus sans respecter les critères. En effet, certains conjoints ont été acceptés afin de faciliter le suivi futur des patients prioritaires. Ces patients ne répondaient pas systématiquement aux critères CPTS.

L'âge moyen des patients lors de leur entrée au sein du dispositif est de 74,4 ans. Le plus jeune patient avait 29 ans, le plus âgé avait 99 ans. L'écart type est de 10,38 ans.

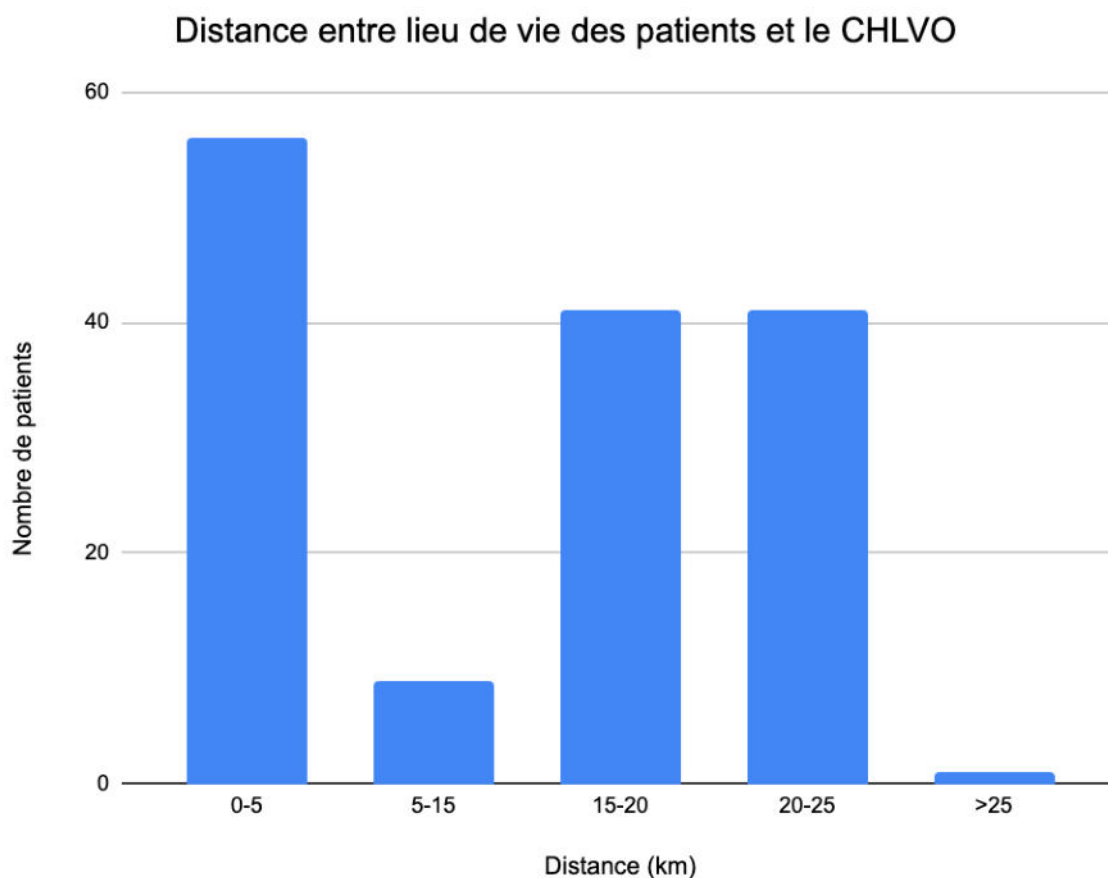


Figure n° 13 : Distance entre le lieu de vie des patients et le CHLVO

56 patients habitaient à moins de 5 km du dispositif. La principale provenance géographique était la ville de Challans. Seulement 1 patient vivait à plus de 25 km du CHLVO. Tous les patients suivis dans le dispositif habitaient sur le territoire de la CPTS. Nous devons régulièrement prescrire des transports médicalisés. En effet, aucun ne pouvait être vu à domicile et la plupart ne pouvaient se déplacer par leurs propres moyens.

d) Devenir des patients

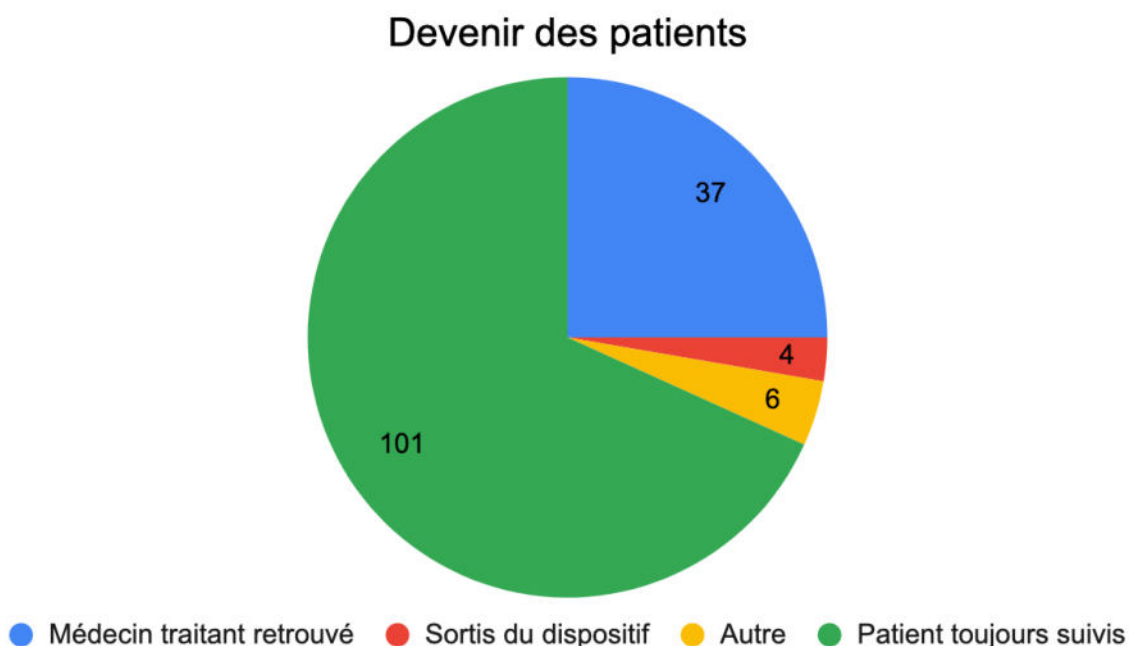


Figure n° 14 : Devenir des patients au 30 avril 2022

À la fin du semestre, 25% des patients inclus ont retrouvé un médecin traitant sur le territoire de la CPTS. 16 médecins généralistes du territoire ont participé et ont accepté de devenir le nouveau médecin traitant d'au moins un patient suivi dans le dispositif. Pour rappel, l'objectif défini par l'ACI était de trouver un médecin traitant à 42 patients à 1 an. Les 6 patients (autre) inclus dans le dispositif pendant l'arrêt maladie de leur médecin ont attendu son retour pour poursuivre leur suivi et n'ont pas été comptabilisés parmi ceux ayant retrouvé un nouveau médecin traitant. 3 patients sont sortis du dispositif après concertation entre l'IPA, l'interne et le maître de stage. En effet, ces derniers ont exprimé des demandes abusives ou ne respectaient pas les critères d'inclusion. 1 patient est sorti du dispositif en reprenant son suivi médical dans sa région d'origine. 101 patients étaient toujours suivis au sein du dispositif le 30 avril 2022.

Patient adressé vers médecin correspondant

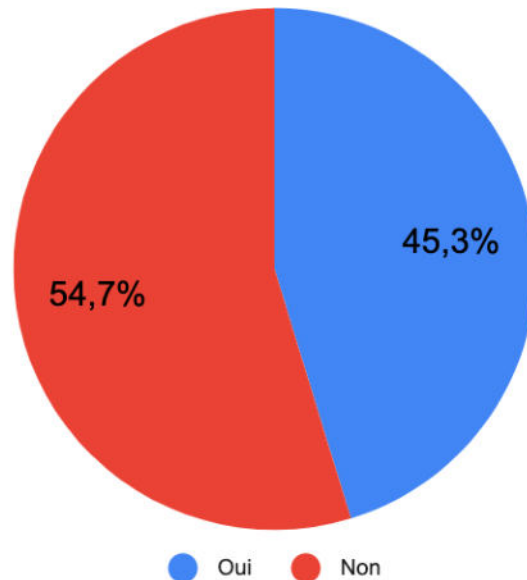


Figure n° 15 : Patients adressés vers un médecin correspondant entre novembre 2021 et avril 2022.

Un peu moins de la moitié des patients a été adressée vers un médecin correspondant pour la reprise d'un suivi spécialisé. De nombreux courriers ont été fait pour les patients qui arrivaient dans la région et qui n'avaient pas encore de contact avec un spécialiste du territoire. Le recours aux spécialistes du CHLVO a été privilégié. Cela a permis un travail coordonné autour du patient avec utilisation des dossiers médicaux intégrés sur un logiciel commun. Pour les patients suivis anciennement sur le territoire, le suivi spécialisé était majoritairement en place. Les échanges informels et avis téléphoniques avec les médecins du CHLVO lors des consultations n'ont pas été comptabilisés.

IV. Discussion

A) Les points forts du dispositif

i) Les points forts pour la population

a) Un dispositif pour limiter la rupture de soins et permettre de retrouver un médecin traitant

Les acteurs du projet ont décidé de prioriser une population âgée et fragile, les patients dits “prioritaires”, pour lesquels une rupture de soin augmenterait leur morbi-mortalité (44). Les patients disposaient d’un référent médical pour la prise en charge de leur maladie chronique, leur renouvellement d’ordonnance ou l’adressage vers un spécialiste si besoin. De nombreux patients ont exprimé leur soulagement d’être suivis dans ce dispositif et de pouvoir arrêter leur “errance” médicale. Avant d’être inclus dans le dispositif, certains patients avaient renoncé à leur suivi par des spécialistes et allaient dans les pharmacies ou aux urgences pour “renouveler” leur traitement de fond. Cette situation augmentait également le risque d’automédication et de retard de prise en charge (45). Le suivi proposé dans le dispositif concernait essentiellement le suivi de leur maladie chronique. Il était possible de proposer également aux patients des soins et des actes typiques de la médecine générale. Nous faisons, à travers le numéro RPPS de notre MSU, des déclarations d’ALD, des prescriptions de transport, des actes de dépistage, de l’éducation thérapeutique, de la dé-prescription, de la coordination pour le maintien à domicile des personnes âgées ...

A la fin du semestre, 25% des patients avaient retrouvé un médecin traitant grâce au dispositif. Les autres patients restaient suivis tant qu’ils n’avaient pas retrouvé de médecin traitant dans le but d’éviter une nouvelle rupture de soins. Ils voyaient, si possible, toujours le même professionnel afin de pouvoir lier une relation de confiance avec le soignant.

La recherche documentaire n'a pas mis en évidence de projet intégrant des internes en SASPAS ayant pour objectif de trouver un médecin traitant aux patients demandeurs. L'absence de comparatif peut-être en lien avec la difficulté rencontrée de faire une recherche documentaire sur ce sujet. En effet, il n'existe pas de mots-clefs standards ni de publications scientifiques accessibles . Il est possible également que tous ces dispositifs ne fassent pas l'objet de documentation descriptive accessible ni de communication. Devant l'importance de partager les connaissances acquises au sein de travail et l'absence de publication officielle, la thèse sera disponible au grand public sur demande. La visibilité de ce travail présente un intérêt certain et correspond ainsi à la dernière étape de la méthodologie recherche-action. Nos résultats ont vocation à être communiqués aux différents acteurs du projet.

En 2016-2017, à Mauriac dans le Cantal, un dispositif de gestion des soins non programmés intégrant des internes en SASPAS avait vu le jour (51). Nous avons pu noter quelques similarités. Les internes en SASPAS recevaient les patients au sein de l'hôpital de Mauriac. Les patients étaient adressés par les médecins généralistes qui ne pouvaient pas recevoir leurs patients. On retrouvait également des patients sans médecins traitant. Ce dispositif a été créé afin de répondre aux demandes de soins non programmés et au suivi des patients sans médecin traitant mais il n'avait pas pour vocation de trouver un médecin traitant à ces patients. On retrouve cet objectif dans le dispositif de Fontenay-le-Comte décrit par Romain Croué en 2018 (42) ainsi qu'au sein du dispositif de la Roche-sur-Yon décrit par Grégory Perez en 2023 (43).

Les CPAM et les CPTS s'associent pour trouver des médecins traitants aux patients. En Charente Maritime (52) ou encore en Val-de-Marne (53), les patients sans médecins traitants et les médecins généralistes acceptant de nouveaux patients étaient recensés par la CPAM en collaboration avec les CPTS. Les organismes mettaient ensuite ces derniers en contact.

b) Une prise en charge pluriprofessionnelle centrée patient

Les patients bénéficiaient d'un suivi pluriprofessionnel. Comme décrite dans la recherche documentaire, cette organisation permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des situations médicales et sociales complexes. Cette amélioration est conditionnée à l'élaboration de protocoles de collaboration bien établis. Une approche personnalisée et centrée sur le patient était proposée à la fin des premières rencontres. L'IPA avec lequel nous avons collaboré était un infirmier déjà implanté sur le territoire. Il avait connaissance des départs à la retraite et des prochaines installations de médecins généralistes grâce à un réseau local bien étoffé. Ceci a facilité les échanges avec les soignants du secteur géographique.

Cette coopération entre interne SASPAS et infirmiers s'intègre bien dans les nouveaux types d'organisation de soins primaires. Elle permet une meilleure sauvegarde du temps médical et ainsi une amélioration de l'accès aux soins par la couverture de nouveaux besoins et l'acceptation de nouveaux patients (24).

Le dispositif de Challans était, lors de sa création en novembre 2021, le seul dispositif interprofessionnel intégrant des internes SASPAS. En juin 2022, une assistante médicale a été recrutée par la CPTS Sud Vendée pour intégrer le dispositif de Fontenay-le-Comte. Nous avons pu prendre contact avec elle afin qu'elle puisse nous expliquer ses missions au sein du dispositif. Elle s'occupe de l'accueil du patient, elle aide au déshabillage si besoin et fait l'anamnèse. Elle crée et met à jour le dossier du patient. Elle prend les constantes et réalise un ECG si cela est nécessaire. L'assistante médicale prend également les rendez-vous avec les spécialistes pour les patients en difficultés et elle reprogramme le suivi. De plus, elle s'occupe de la gestion des rendez-vous d'urgence.

Pour la plupart des patients de notre dispositif, les prises en charge auprès des spécialistes de soins secondaires se faisaient au sein de l'hôpital ce qui permettait une centralisation des soins. Les dossiers communs sur le logiciel Crossway permettaient une prise en charge qualitative pour des patients âgés qui

connaissaient peu leur dossier médical (troubles cognitifs, complexités des soins, nouvelles prises en charge ...).

Aussi, comme décrit dans les enjeux pour la population, les patients arrivant sur le territoire de la CPTS et suivis dans le dispositif avaient des pénalités financières sur le remboursement de leur frais de santé.

Connaissant maintenant la possibilité de dépenalisation, il pourrait être intéressant d'établir une communication simple et systématique avec le conciliateur de l'assurance maladie pour les patients non originaires de Vendée entrant dans le dispositif.

ii) Les points forts pour les soignants

a) Un atout pédagogique et professionnalisant pour les internes de médecine générale

Le dispositif se veut innovant sur le plan pédagogique. En effet, la création du dispositif a été une étape très formatrice et responsabilisante de ce stage SASPAS. Elle nous a permis d'entrevoir les étapes de la création d'un cabinet de médecine générale et la création d'une nouvelle patientèle. Nous avons dû lister le matériel nécessaire, créer des entêtes d'ordonnance, créer une adresse mail afin de recevoir les résultats d'examens. Nous avons dû réfléchir à des solutions pour éviter au maximum la discontinuité de soins. Les internes étaient également responsables de la cotation de leurs consultations, ce qui était également formateur sur le plan professionnel. La possibilité pour nous de suivre des patients qui n'étaient pas connus de notre MSU nous a permis d'avoir un stage très professionnalisant. Nous nous sentions rapidement responsables de ces patients comme le serait un médecin traitant. Cet exercice nous a également formées à la priorisation des soins et l'organisation des prises en charge complexes.

b) Un dispositif qui encourage le travail interprofessionnel et coordonné au sein des CPTS

Les consultations avec un IPA nous ont sensibilisées au travail pluri-professionnel. Ceci a permis l'augmentation de l'efficacité médicale en déléguant des tâches à l'IPA lorsque les patients étaient équilibrés. De plus, cela a permis de résoudre des situations difficiles en travaillant à plusieurs.

Le travail interprofessionnel se présente comme une des solutions pour répondre à l'augmentation de la demande de soins par le vieillissement de la population. En effet, selon un rapport de l'Irdes de juillet 2023 (22), la délégation de tâches aux IPA offre la possibilité aux médecins d'accueillir de nouveaux patients et de se concentrer sur les aspects plus curatifs du travail médical. Sans travail collaboratif, la centaine de consultations réalisées par l'IPA serait assurée par l'interne. Cette organisation a donc permis de gagner du temps et de la qualité de soins grâce à la délégation de tâches et à la mobilisation des compétences spécifiques de l'IPA.

A travers le dispositif et ce stage SASPAS, nous avons pu rencontrer les différents acteurs médico-sociaux du territoire et plus particulièrement la CPTS LVO. L'organisation du système de santé est voué à se transformer. Le dispositif s'intègre dans une volonté d'améliorer le lien "ville-hôpital" comme souhaité dans le projet Ma santé 2022 (19). Les patients suivis possèdent tous un dossier médical intra-hospitalier qui est transmis aux médecins généralistes. Cela facilite les futures prises en charge aux urgences si besoin ou avec les spécialistes de l'hôpital. Le travail au sein d'une CPTS répond bien aux attentes des jeunes médecins généralistes qui ne souhaitent plus travailler de façon isolée mais plutôt de façon coordonnée (39) (31) (37). De plus, selon la majorité des sources consultées, la découverte et la connaissance d'un territoire lors d'un stage ambulatoire augmenterait la probabilité d'installation des jeunes médecins généralistes au sein de celui-ci (40) (39). Ce stage permet aux internes SASPAS de découvrir des modes d'exercices innovants et répondant aux attentes des futurs professionnels (31) : pluri-professionnels, coordonnés au sein des CPTS, "mixtes" en conciliant une partie du stage en libéral et une partie en hospitalier ...

B) Les limites du dispositif

i) Les limites pour la population

a) Une offre de soins restreinte

Une des premières limites du dispositif identifiée pour les patients est l'absence de continuité de soins. Nous ne consultations que 2 jours par semaine ce qui ne permettait pas au patient d'avoir un interlocuteur tous les jours. Ainsi, nous ne pouvions assurer la gestion des demandes annexes et des anomalies biologiques de façon optimale. Certaines situations se sont donc révélées complexes comme par exemple, l'accompagnement en fin de vie et la mise en place d'HAD.

Une seconde limite identifiée est qu'il n'y avait pas de consultations possibles pour les motifs aigus autre que les décompensations des pathologies chroniques. A noter que la CPTS LVO est à l'origine de la mise en place du Centre de soins non programmés à Challans en janvier 2022. Cette évolution s'intègre dans un nouveau dispositif gouvernemental, le service d'accès aux soins (SAS). Ce service a été créé en 2022 et a pour vocation d'orienter la population dans leur parcours de soins.

Pour les soins urgents non programmés et en l'absence d'accès à leur médecin traitant, les patients appellent les services de régulation. Les patients sont ensuite conseillés médicalement et redirigés vers des CNSP ou vers des créneaux réservés par les médecins généralistes du territoire qui participent au SAS afin d'être vus dans les 48h (54). Les patients du dispositif SASPAS étaient informés qu'ils pouvaient contacter les services de régulation pour les soins aigus. A l'inverse, les professionnels adhérents au SAS pouvaient orienter les patients éligibles vers les consultations SASPAS si besoin. Ces consultations non programmées ont donc permis de parer en partie cette limite de notre dispositif. Le CNSP partageait le même logiciel CrossWay, ce qui permettait aux soignants d'avoir accès aux dossiers médicaux complets des patients. Ainsi, les consultations SASPAS ne fonctionnent correctement que lorsqu'elles sont intégrées dans un projet global de gestion des soins non programmés mené par la CPTS.

Une autre limite identifiée était la présence de critères d'inclusion stricts. Tous les patients du territoire n'ayant pas de médecin traitant n'étaient pas autorisés à entrer dans le dispositif. Par soucis de recrutement efficace, les critères ont été élargis au fur et à mesure que le dispositif était en capacité d'accueillir de nouveaux patients.

b) Le libre choix de son médecin traitant remis en cause

Les patients n'étaient pas libres de choisir leur nouveau médecin traitant. L'article 6 du code de déontologie médicale (article R.4127-6 du code de la santé publique) rappelle les fondements du libéralisme de la médecine générale : « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. » (55). Dans les régions sous-dotées, ce fondement est remis en cause.

A noter que des patients du dispositif ont exprimé leur souhait de ne pas être suivis par certains médecins généralistes connus du territoire. D'autres patients avaient une préférence quant au sexe de leur futur médecin traitant. Nous avons tenu compte de leurs demandes dans la mesure du possible.

La proximité géographique entre le cabinet du médecin généraliste et le domicile du patient était une priorité dans le processus de recherche. Le critère d'accessibilité géographique fait l'unanimité chez les patients interrogés par Aline Châtaignier dans sa thèse d'exercice (45). Dans notre travail, la distance entre le domicile des patients et le cabinet de leur nouveau médecin traitant n'a pas été relevée. Cette donnée pourrait être intéressante à étudier et présenterait un intérêt certain dans le cadre d'une évaluation portant sur la satisfaction des patients pris en charge dans notre dispositif.

ii) Les limites pour les soignants : une attention spécifique à porter au cadre pédagogique

Une des limites rapportées était la faible sécurisation et harmonisation de l'encadrement pédagogique de l'interne. Nous n'avons pas pu bénéficier de l'autonomisation progressive habituellement mise en place lors des stages SASPAS en cabinet. En effet, nous ne pouvions pas bénéficier d'une supervision directe si nous en ressentions le besoin. Notre MSU, le Dr BRUTUS, était joignable par téléphone la journée en cas de difficulté et devait assurer des rétroactions pour des patients qui lui étaient inconnus. Nous devions donc être particulièrement rigoureuses lors de nos échanges pour retranscrire au mieux nos consultations et les difficultés rencontrées. Il était parfois difficile et stressant d'assurer la bonne gestion des situations cliniques sans pouvoir compter sur un regard connaisseur de notre MSU vis à vis des profils et dossiers de nos patients.

Nous avons pu noter un biais de sélection de patients. Ce terrain de stage ne permet aux internes de ne rencontrer qu'un certain profil de patients : polypathologiques, souvent âgés. De plus, certains patients orientés par le conciliateur de la CPAM étaient en recherche de médecin traitant depuis de nombreux mois voire années. Nous avons fait face à une patientèle parfois exigeante voire revendicative dans ce contexte de difficulté d'accès aux soins.

A noter que certains patients ont été inclus dans le dispositif suite à un conflit avec leur ancien médecin traitant. Les sentiments d'injustice, d'agacement et de colère chez les patients sans médecin traitant sont bien décrits dans la thèse d'exercice d'Aline Châtaignier (45).

Ce dispositif ne permet pas à l'interne d'acquérir toutes les compétences habituellement enseignées dans un stage SASPAS classique. Ce terrain de stage est intéressant pour l'interne seulement s'il est intégré dans une maquette avec d'autres lieux de consultation de médecine générale.

Ce constat a été également rapporté lors de l'analyse du dispositif de Fontenay-le-Comte. Cela avait permis son évolution structurelle et surtout pédagogique (42). Le dispositif de Challans ne permet pas de se former au suivi de l'enfant, à la gynécologie et à toutes les demandes de suivis et de soins non programmés habituellement enseignés dans les cabinets de médecins généralistes libéraux. Le nombre maximum de consultations par jour était de 10 au sein du dispositif. L'organisation du planning de consultations, telle qu'elle l'était à la fin du nôtre semestre, respecte à minima l'objectif de la charte des stages SASPAS qui impose un minimum de 10 actes par jour.

C) Pistes d'amélioration et évolution du dispositif

Le dispositif continue d'exister et évolue depuis mai 2022 ! En mars 2023, 42% des patients inclus dans le dispositif avaient retrouvé un médecin traitant. (annexe 9)

Le travail d'analyse de l'élaboration et de l'activité valide les évolutions du dispositif.

On peut noter comme évolution majeure l'augmentation du nombre de soignants et de l'offre de soin. Les consultations sont assurées 4 jours par semaine par 4 internes différents en collaboration avec 2 IPA et 3 MSU qui assurent l'encadrement pédagogique. Cette nouvelle organisation permet de mieux assurer la continuité de soins.

La MATAF est intervenue pour aboutir à la signature d'une convention en novembre 2022 (annexe 4). Cette dernière vise à améliorer l'encadrement de l'interne et à harmoniser les formations au sein des dispositifs expérimentaux en Vendée. Elle a permis de mieux définir la responsabilité du MSU et de revaloriser sa rémunération. En effet, l'engagement fort des maîtres de stages universitaires dans cette modalité particulière de SASPAS est un facteur indispensable à la pérennité du dispositif. Ce contrat signé entre l'ARS, les CPTS LVO et Sud Vendée et le DMG de Nantes est conclu pour 1 an et est renouvelable 2 fois. Les MSU sont désormais rémunérés par

le CHLVO en tant que praticien hospitalier contractuel (PHC) et par l'université de Nantes comme les autres MSU.

Dans cette convention, les différents acteurs et particulièrement la CPTS s'engagent à un retour d'expérience semestriel auprès de l'ARS Pays de la Loire.

Devant l'augmentation du nombre des créneaux de consultation, les acteurs ont mis en place une meilleure communication sur les critères d'éligibilité (annexe 10). Ils ont insisté sur la possibilité de rentrer dans le dispositif dès lors que les patients bénéficient d'une ALD (enfants exclus). Un formulaire en ligne à destination des professionnels devrait bientôt être mis en place pour faciliter le recrutement.

Un travail autour de la protection des données des patients est réalisé. Cela a évolué par l'ouverture d'un compte APICRYPT par la CPTS et le paramétrage des postes informatiques par les informaticiens de l'hôpital pour pouvoir importer les résultats directement dans WEDA par le protocole HPRIM. Le tableur sur Google Drive, outils de suivi et de coordination interprofessionnelle, est en cours d'amélioration. Il devrait être bientôt accessible sur une plateforme en ligne et sécurisée. De plus, les internes ont actuellement accès à AmeliPro via leur carte de professionnel en formation (CPF). Ils peuvent désormais vérifier si le patient a un médecin traitant déclaré et s'il bénéficie bien d'une ALD. Le numéro RPPS de l'interne prescripteur est désormais renseigné sur ses ordonnances.

Le travail collaboratif interprofessionnel est renforcé avec la mise en place de temps dédiés systématiques entre l'interne et l'IPA pour permettre l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Le PPS a pour objectif de mieux accompagner les personnes dont la situation médico-sociale nécessite un travail coopératif entre les différents acteurs de proximité. Il peut être particulièrement utile pour les patients âgés en risque de perte d'autonomie. Il propose un plan de prise en charge coordonné et interprofessionnel centré sur le patient. De plus, il favorise l'intégration des professionnels de santé dans un réseau territorial (56).

V. Conclusion

Le dispositif des consultations SASPAS de l'hôpital de Challans s'intègre dans une volonté de proposer des solutions innovantes afin de répondre au problème d'accès aux soins primaires.

Selon une méthodologie recherche-action, nous avons identifié une problématique (l'absence de médecin traitant chez une partie de la population française) puis réalisé une recherche documentaire permettant de faire un état des lieux des solutions proposées. Les recherches réalisées mettent en évidence un problème de démographie médicale qui devrait se majorer dans les années futures. L'accès aux soins primaires et à un médecin traitant n'est pas assuré pour la toute population. Les politiques de santé proposées par les instances gouvernementales sont, en partie, axées sur le travail interprofessionnel afin d'augmenter l'efficacité médicale. La création de CPTS permettrait un exercice coordonné et adapté aux besoins de la population. Il semblerait également nécessaire de renforcer l'articulation ville-hôpital. Les acteurs médicaux sociaux d'un territoire, en collaboration avec les facultés de médecine, proposent eux aussi des pistes d'amélioration à travers des dispositifs ou terrains de stage expérimentaux. De plus, la découverte d'un territoire pendant les stages ambulatoires de médecine générale aurait une influence positive sur l'installation des jeunes médecins généralistes.

La CPTS LVO, la CPAM 85, l'ARS Pays de la Loire, le DMG de Nantes et le CHLVO ont travaillé ensemble à la création d'un dispositif intra hospitalier de médecine générale proposant un terrain de stage innovant interprofessionnel pour les internes en SASPAS. Les patients concernés par ce dispositif sont des patients dits prioritaires: patients en ALD et/ou ayant 70 ans ou plus n'ayant pas de médecin traitant sur le territoire de la CPTS LVO. L'objectif était d'éviter une rupture de soins chez ces patients ainsi que de leur trouver un nouveau médecin traitant afin de pallier au problème d'accès aux soins primaires.

Notre action, à travers un stage SASPAS, a été de mettre en place ce dispositif sur le terrain ainsi que d'en mesurer son activité. Ce dispositif répond à de forts enjeux pédagogiques et sanitaires. Il offre aux internes un terrain de stage innovant et professionnalisant où l'articulation "ville-hôpital" est au premier plan. Il permet aux internes de se familiariser au travail interprofessionnel avec un IPA et aux projets coordonnés par une CPTS. L'atout pédagogique de ce stage n'existe que s'il s'intègre dans une maquette de stage SASPAS dans laquelle on retrouve également des consultations en cabinets libéraux afin de compléter la formation initiale des internes.

Grâce à notre dispositif, 148 patients ont bénéficié d'une reprise complète de leur suivi médical et 37 patients ont retrouvé un médecin traitant entre novembre 2021 et avril 2022. Sur ces patients, 88,5% respectaient les critères d'inclusion et ils avaient en moyenne 74,4 ans. Les patients rencontrés étaient en rupture de soins depuis 8 mois en moyenne.

Toujours selon la méthodologie recherche-action, il semblerait judicieux de poursuivre le travail d'analyse du dispositif par cette science de terrain. Cela permettrait de continuer à améliorer le projet et à en inspirer d'autres. Il pourrait-être intéressant d'évaluer le vécu des patients ayant repris un suivi via le dispositif ou des médecins généralistes ayant accepté de devenir le médecin traitant de ces patients.

VI. Bibliographie

1. Legifrance. 2004 [cité 25 juill 2023]. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
2. Legifrance. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes [Internet]. 2005 [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000805768>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Doss DREES [Internet]. 26 mars 2021 [cité 14 déc 2022];(76). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
4. ORS Pays de la Loire. Démographie des professionnels de santé | ORS Pays de la Loire [Internet]. 2021 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/demographie-des-professionnels-de-sante>
5. BRANTHOMME E. Site de ordremedecin85 ! 2021 [cité 9 janv 2023]. Démographie des médecins généralistes et spécialistes sur la vendée au 1er janvier 2021. Disponible sur: <https://ordremedecin85.jimdofree.com/actualites/demographie-medicale/>
6. CPTS Loire Vendée Océan. Cpts Lvo. [cité 17 janv 2023]. TERRITOIRE. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com/le-territoire>
7. CPTS Loire Vendée Océan. Cpts Lvo. 2020 [cité 6 févr 2023]. PROJET DE SANTE | Cpts Lvo. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com/notre-projet-de-sante>
8. Barlet C. La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. 2011 mai. Report No.: 760.
9. Ordre national des infirmiers. Conseil National - Révision à la baisse, par la DREES, de la population infirmière exerçant en France : Réaction de l'Ordre National des Infirmiers [Internet]. 2022 [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/revision-a-la-baisse-par-la-drees-de-la-population-infirmiere-en.html>
10. DREES. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020 [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante?fbclid=IwAR0I8hwygGZjEQqpAr0GsvRXrkFAsG-Ur4Xzc0traMfhWozrnWKIHbmEuko>
11. Sourdier B, Ferron C, Laurent A. Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode. Santé En Action. juin 2021;(456):9-11.
12. Ministère de la Santé et de la prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 25 mai 2023]. Guide Retex : Situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/guide-retex-situations-d-urgence-sanitaire-et-exercices-de-simulation>
13. Roy M, Prévost P. La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. Rech Qual. 2013;32(2):129.
14. Reason P, Bradbury H, éditeurs. The Sage handbook of action research: participative inquiry and practice. 2nd ed. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications; 2008. 720 p.
15. Catroux M. Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique

- centrée sur la pratique. Rech Prat Pédagogiques En Lang Spéc Cah Apliut. 15 mars 2002;(Vol. XXI N° 3):8-20.
- 16.Legifrance. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498>
 - 17.CNIL. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-et-udes-et-evaluations-dans-le>
 - 18.CNIL. Le règlement général sur la protection des données - RGPD [Internet]. 2016 [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
 - 19.Ministère de la Santé et de la prévention. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2018 sept [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
 - 20.Jomier B, Deroche C. Hôpital : sortir des urgences : rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France [Internet]. Paris: Sénat; 2022 mars. Disponible sur: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html>
 - 21.BERLAND, Yvon. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/26262-cooperation-des-professions-de-sante-le-transfert-de-taches-et-de-comp>
 - 22.Irdes. Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien. 2023 juill.
 - 23.Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Quest Déconomie Santé. avr 2018;(232):1-8.
 - 24.Irdes. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? avr 2019;Questions d'économie de la santé(n°241).
 - 25.Irdes. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. avr 2018;Questions d'économie de la Santé(n°232).
 - 26.Irdes. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. déc 2021;Questions d'économie de la santé(n°264).
 - 27.Benhamadi K. Vécu de la collaboration médecins et infirmières ASALEE dans le département de l'Indre du point de vue des infirmières: quels sont les freins ressentis par les infirmières ASALEE à la collaboration interprofessionnelle ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2021 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2021_Medecine_BenhamadiKamel.pdf
 - 28.DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 28 mars 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
 - 29.Le Cann A. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée: les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine;

- 2021 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701>
30. Grolleau P. Les médecins généralistes vendéens et les assistants médicaux: attentes et freins [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
 31. CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 24 avr 2023]. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
 32. Assurance maladie. L'assurance maladie. 2023 [cité 24 avr 2023]. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
 33. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2021 [cité 24 avr 2023]. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
 34. Ameli. REZONE Médecins. [cité 24 avr 2023]. REZONE - Médecins. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/>
 35. DMG Nantes A. Convention de stage SASPAS. 2022.
 36. CNGE II. CHARTE DES MSU DE MEDECINE GENERALE. 2021.
 37. CGET. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. 2015. Report No.: 4.
 38. Groboz-Lecoq D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées [Internet]. 2014 [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136600>
 39. Peslier D. Déterminants à l'installation des médecins généralistes en Vendée: étude quantitative auprès des médecins remplaçants et installés depuis 2014 en Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2020.
 40. Lafon P. Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3e cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes: enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007 [Thèse d'exercice]. [1970-..., France]: Université de Poitiers; 2013.
 41. ISNAR-IMG. Les futurs généralistes enthousiastes à l'idée de s'installer, la promesse d'un égal accès aux soins pour tous [Internet]. 2018 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/futurs-generalistes-enthousiastes-a-lidee-de-sinstaller-promesse-dun-egal-acces-aux-soins/>
 42. Croué R. Élaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS* [Internet]. Nantes, France: Nantes; 2018 [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=48e68820-fcf8-474b-948f-fa1968c5860e>
 43. Perez G. Consultations SASPAS d'accès aux soins en médecine générale : Etude descriptive de la mise en place d'un dispositif expérimental au CHD Vendée (La Roche-sur-Yon) depuis 2019 [Thèse d'exercice : Médecine]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2023.
 44. Collège National des Généralistes Enseignants. CNGE. 2023 [cité 22 juin 2023]. Avis du Conseil Scientifique sur l'importance de la continuité de soins en médecine générale. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/de_limportance_de_la_continuite_des_soins_en_medec/
 45. Châtaignier A. Difficultés d'accès au médecin traitant et conséquences ressenties sur

- la qualité des soins par les patients : étude qualitative sur la commune de Challans en Vendée en 2014 [Thèse d'exercice : Médecine]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2016.
46. HAS. Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins [Internet]. 2012 [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf
 47. Ouest-France. Ouest-France.fr. 2020 [cité 6 sept 2023]. Les patients sans médecin traitant bientôt remboursés sans pénalité. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/les-patients-sans-medecin-traitant-bientot-rembourses-sans-penalite-6691022>
 48. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 juill 2023]. Qu'est-ce que le parcours de soins ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>
 49. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. 2013 [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf
 50. CPTS LVO. Cpts Lvo. 2020 [cité 31 mars 2023]. Projet de santé. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com/notre-projet-de-sante>
 51. France C. www.lamontagne.fr. 2019 [cité 25 sept 2023]. Santé - Un service de consultations de médecine générale a ouvert au centre hospitalier de Mauriac. Disponible sur: https://www.lamontagne.fr/mauriac-15200/actualites/un-service-de-consultations-de-medecine-generale-a-ouvert-au-centre-hospitalier-de-mauriac_13577931/
 52. Petitdemange F. ici, par France Bleu et France 3. 2023 [cité 25 sept 2023]. Voici une aide pour trouver une des rares places encore disponibles chez un médecin généraliste à La Rochelle. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/emissions/l-invite-de-la-redaction-de-france-bleu-la-rochelle-7h45/voici-une-aide-pour-trouver-une-des-rares-places-encore-disponibles-chez-un-medecin-generaliste-a-la-rochelle-1506021>
 53. Dagnet AL. Franceinfo. 2023 [cité 25 sept 2023]. « C'était mission impossible » : la CPAM expérimente un nouveau dispositif pour trouver un médecin traitant aux 700 000 malades chroniques qui n'en ont pas. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/c-etait-mission-impossible-la-cpam-experimente-un-nouveau-dispositif-pour-trouver-un-medecin-traitant-aux-700-000-malades-chroniques-qui-n-en-ont-pas_5761631.html
 54. Ministère de la Santé et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 6 sept 2023]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
 55. Conseil National de l'ordre des médecins. Article 6 - Libre choix [Internet]. mars 14, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-6-libre-choix>
 56. HAS. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 28 sept 2023]. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

VII. Table des figures, tableaux et cartes

Figure n° 1 : Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021 (source : quelle démographie ... dossier le DRESS) page 10

Figure n° 2 : Effectif, densité et densité standardisée, des médecins généralistes, projetés entre 2021 et 2050. (source : quelle démographie ... dossier le DRESS) page 14

Figure n° 3 : Evolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes (y compris les remplaçants) en France et en Pays de la Loire. (source : démographie ORS pays de la Loire) page 15

Figure n° 4 : Numerus clausus national pourvu en médecine depuis 1972 (source DREES) page 29

Figure n° 5 : Effectifs de médecins par spécialité observés entre 2012 et 2050, (source DRESS) page 30

Figure n° 6 : Répartition des consultations entre interne et IPA sur le semestre. page 60

Figure n° 7 : Nombre de consultations en moyenne par patient entre novembre 2021 et avril 2022. page 61

Figure n° 8 : Nombre de nouveaux patients inclus dans le dispositif par mois entre novembre 2021 et avril 2022. page 62

Figure n° 9 : Modes de recrutement des patients dans le dispositif entre novembre 2021 et avril 2022. page 63

Figure n° 10 : Origine de l'absence de médecin traitant des patients inclus dans le dispositif. page 64

Figure n° 11 : Durée sans suivi des patients par un médecin traitant lors de leur entrée dans le dispositif. page 65

Figure n° 12 : Respect des critères CPTS. page 66

Figure n° 13 : Distance entre le lieu de vie des patients et le CHLVO. page 67

Figure n° 14 : Devenir des patients au 30 avril 2022. page 68

Figure n° 15 : Patients adressés vers un médecin correspondant entre novembre 2021 et avril 2022. page 69

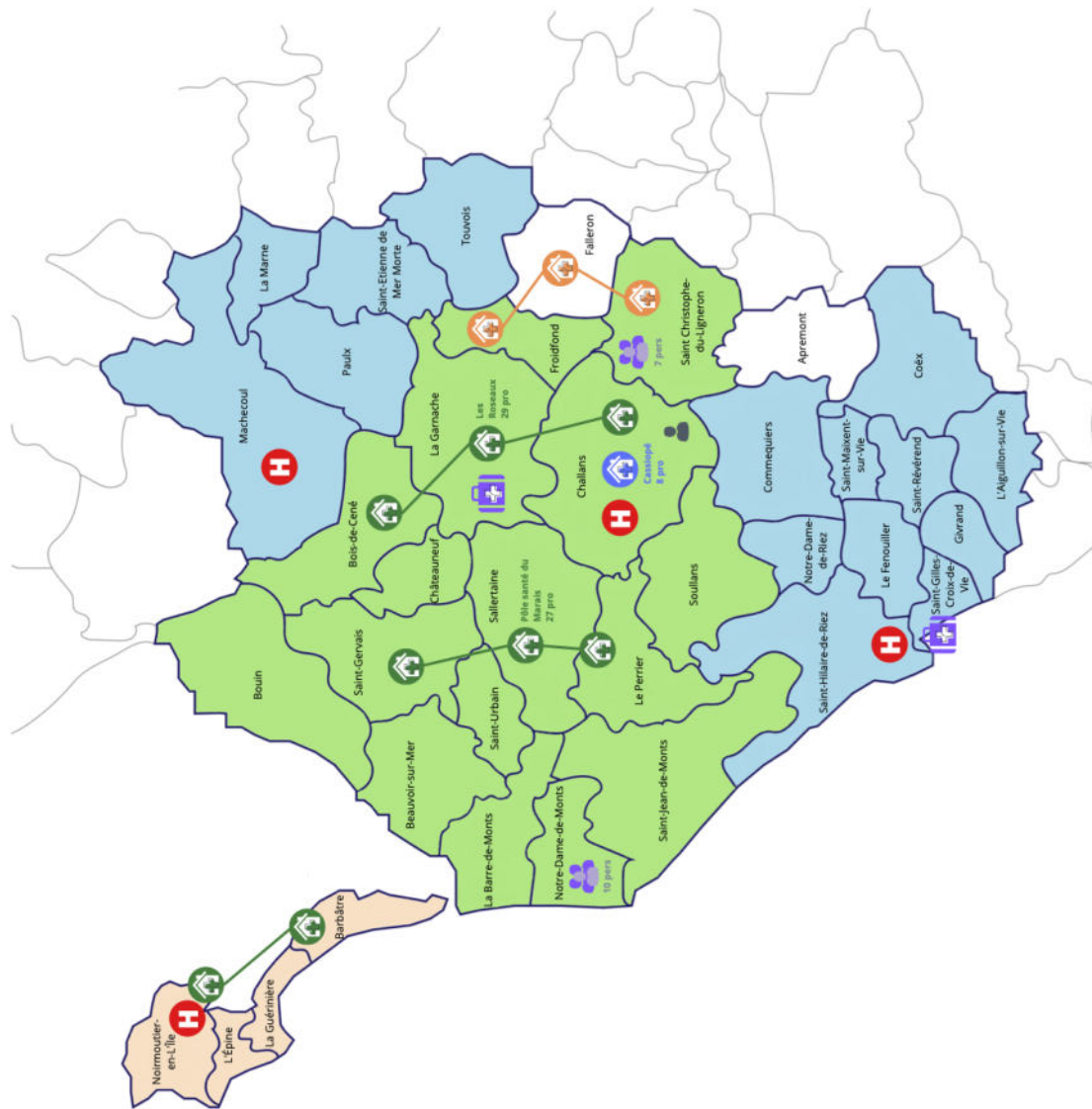
Tableau 1 : Carte d'identité des médecins au 1er janvier 2021 (source : quelle démographie ... dossier le DRESS) page 11

Tableau 2 : APL aux médecins généralistes libéraux 1. de moins de 65 ans en 2019 et évolution par département entre 2016 et 2019. (source : quelle démographie ... dossier le DRESS) page 16

Carte 1 : Densités régionales standardisées de médecins (anciennes régions), selon la spécialité, en 2012 et en 2021. (source : quelle démographie ... dossier le DRESS) page 13

VIII. Annexes

Annexe 1 : Carte du territoire de la CPTS LVO



- CLS Challans-Gois/Océan Marais de Monts
- Projet CLS (Pays de Saint-Gilles-Croix-de-Vie Agglomération et Sud Retz Atlantique)
- PLUS Ile de Noirmoutier
- H MSP Mono-site
- H MSP Multi-sites
- H MSP en projet
- H Centre Hospitalier Loire Vendée Océan
- H Centre de santé municipal
- H Chargés de prévention
- H ESP

CLS : Contrat Local de Santé
MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelle
PLUS : Plan Local Unique Santé Social
ESP : Equipe de Soins Primaires

Annexe 2 : Extraits du tableau anonymisé

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Patient	Lieu de vie	km	1ere consultation	2eme cs	3eme consultation	4eme consult	5eme consult	6eme consult	7eme consult	Devenir des patients	raison pas de MT	durée sans suivi MT en mois	adressé par	age	ALD (oui/non)	Adressé vers un spécialiste ?	Répond aux critères CPTS?	
2	Patient 1	challans	0	AL + PP							MT trouvé	Départ MT	63		63	oui	x	Oui	
3	Patient 2	challans	0	PP	AL							Déménagement	60	CHLVO	62	oui		Oui	
4	Patient 3	challans	0	PP	AL	AL	AL	AL	AL	AL	MT trouvé	Déménagement	6		73	oui	x	Oui	
5	Patient 4	beauvoir	16	PP	AL						Départ MT	4	Pharmacie	76	non	x	Oui		
6	Patient 5	beauvoir	16	PP	AL						Départ MT	4	Pharmacie	75	oui		Oui		
7	Patient 6	st gervais	12	PP	AL	AL	AL				Départ MT	4	Pharmacie	64	oui	x	Oui		
8	Patient 7	st gervais	12	PP	AL	AL	AL				Départ MT	4	Pharmacie	66	non		non		
9	Patient 8	bouin	20	PP	AL	AL					Départ MT	3	Pharmacie	84	oui	x	Oui		
10	Patient 9	bouin	20	PP	DO	AL	AL				Départ MT	3	Pharmacie	79	oui	x	Oui		
11	Patient 10	coex	21	PP							Départ MT	4	Soignant libéral du territoire	77	oui		Oui		
12	Patient 11	notre dame de mont	24	PP	DO	DO					Départ MT	6	Pharmacie	82	oui		Oui		
13	Patient 12	beauvoir/mer	16	PP	PVPP	AL					Départ MT	2	Pharmacie	64	oui		Oui		
14	Patient 13	challans	0	AL + PP	AL						MT trouvé	Déménagement	12		68	oui		Oui	
15	Patient 14	beauvoir/mer	16	PP	DO						Départ MT	2	Pharmacie	70	Non / invalidité		Oui		
16	Patient 15	challans	0	AL + PP	AL						MT trouvé	Déménagement	12		72	oui		Oui	
17	Patient 16	beauvoir/mer	16	PP	DO						Départ MT	2	Pharmacie	69	Non / invalidité	x	Non		
18	Patient 17	coex	21	PP	AL	AL					Départ MT	3	ans et gilles	71	oui	x	Oui		
19	Patient 18	challans	0	PP						Autre	Départ MT	3	Pharmacie	78	oui	x	Oui		
20	Patient 19	challans	0	PP	DO					sorti du dispositif	sortis MT	3	Soignant libéral du territoire	55	oui		Oui		
21	Patient 20	beauvoir	16	PP	DO						Départ MT	3	Pharmacie	65	oui		Oui		
22	Patient 21	beauvoir	16	PP	DO						Départ MT	3		73	non		Oui		
23	Patient 22	saint christophe du la	11	PP	DO	DO	DO					Déménagement	10 ans	CHLVO	65	non	x	Non	
24	Patient 23	st bars de mont	23	AL + PP	PP						MT trouvé	Départ MT	18	CPAM	81	oui	x	Oui	
25	Patient 24	beauvoir	16	DO + PP							MT trouvé	Départ MT	6	Pharmacie	68	oui		Oui	
26	Patient 25	notre dame de mont	24	PP	AL	AL					Départ MT	6	Pharmacie	86	oui		Oui		
27	Patient 26	challans	0	AL + PP							sorti du dispositif	sortis MT	4		65	oui	x	Oui	
28	Patient 27	coex	21	PP	DO						Départ MT	4	Soignant libéral du territoire	73	non	x	Oui		
29	Patient 28	coex	21	PP	DO						Départ MT	4	Soignant libéral du territoire	75	oui	x	Oui		
30	Patient 29	notre dame de mont	24	PP	DO	DO					sortis avec dr meunier	1	Pharmacie	72	oui		Oui		
31	Patient 30	challans	0	PP	DO						Déménagement	5	Pharmacie	66	oui	x	Oui		
32	Patient 31	challans	0	AL + PP	AL	DO					Déménagement	2		75	oui	x	Oui		
33	Patient 32	Coex	21	AL + PP								Déménagement	116-117		68	Oui		Oui	
34	Patient 33	challans	0	PP							MT trouvé	?		Soignant libéral du territoire	76	oui		Oui	
35	Patient 34	beauvoir	16	PP	DO	DO					Départ MT	3	Pharmacie	94	oui		Oui		
36	Patient 35	st gilles	21	PP	DO						Autre	Départ MT	2	Pharmacie	76	oui		Oui	
37	Patient 36	challans	0	PP	AL	DO	AL	AL			Départ MT	2	CNSP	75	ALD non renouvelé / invalidité		Oui		
38	Patient 37	st gilles	21	PP	DO						Autre	Départ MT	2	Pharmacie	77	oui		Oui	
39	Patient 38	notre dame de mont	23	PP							MT trouvé	Départ MT	6	CHLVO	77	oui	x	Oui	

Patient	Lieu de vie	km	1ere consultation	2eme cs	3ème consultation	4ème consult	5ème consult	6ème consult	7ème consult
Patient 1	challans	0	AL + PP						
Patient 2	challans	0	PP	AL					
Patient 3	challans	0	PP	AL	AL	AL	AL	AL	AL
Patient 4	beauvoir	16	PP	AL					
Patient 5	beauvoir	16	PP	AL					
Patient 6	st gervais	12	PP	AL	AL	AL			
Patient 7	st gervais	12	PP	AL					
Patient 8	bouin	20	PP	AL	AL				
Patient 9	bouin	20	PP	DO	AL	AL			
Patient 10	coex	21	PP						

Devenir des patients	raison pas de MT	durée sans suivi MT en mois	adressé par	age	ALD (oui/non)	Adressé vers un spécialiste ?	Répond aux critères CPTS?	
MT trouvé	Départ MT	48	?		63	oui	x	Oui
	Déménagement	60	CHLVO		62	oui		Oui
MT trouvé	Déménagement	6	?		73	oui	x	Oui
	Départ MT	4	Pharmacie		76	non	x	Oui
	Départ MT	4	Pharmacie		75	oui		Oui
	Départ MT	4	Pharmacie		64	oui	x	Oui
	Départ MT	4	Pharmacie		66	non		non
	Départ MT	3	Pharmacie		84	oui	x	Oui
	Départ MT	3	Pharmacie		79	oui	x	Oui

Annexe 3 : Convention relative à la coopération entre la CPTS LVO et le CHLVO



CONVENTION RELATIVE AUX MODALITÉS DE COOPERATION ENTRE LE CHLVO ET LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE LOIRE VENDEE OCEAN DANS LE CADRE DE L'AMELIORATION DU PARCOURS DE SANTE DE LA POPULATION DU TERRITOIRE N°2020-01

Entre :

Le Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (), représenté par Madame Agnès GRANERO, Directeur délégué du Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (CHLVO),

Et :

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, représentée par Monsieur Laurent BRUTUS, Président de la CPTS Loire Vendée Océan.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La présente convention est destinée à définir, tout en les harmonisant, les modalités de collaboration entre le CHLVO, et la CPTS Loire Vendée Océan, sur les axes suivants :

- Renforcer la communication et la coordination pluri professionnelle,
- Améliorer l'accès aux soins,
- Développer des actions de prévention,
- Renforcer le lien ville/établissement de santé.

Les dispositions de la présente convention intègrent les dispositions de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et la loi santé de janvier 2016.

Article 1 : Objectifs de la convention

La présente convention a pour objectif de formaliser et d'harmoniser les relations entre le CHLVO et la CPTS Loire Vendée Océan.

Elle servira de base aux échanges d'informations et au suivi des actions mises en œuvre conjointement pour améliorer le parcours de santé des patients du territoire, faciliter la continuité et la cohérence de la prise en charge globale de la population.

Elle prend aussi en compte la préoccupation de mise en place d'études et de recherches en vue de bâtir les outils appropriés d'aide à la prise en charge et au suivi des patients.

Article 2 : Définition des missions des acteurs

2-1) Centre Hospitalier Loire Vendée Océan

Les missions des établissements publics de santé sont définies aux articles L.6111-1 à L.6111-7 du Code de la Santé Publique.

2-2) La CPTS Loire Vendée Océan

La CPTS est un dispositif issu de la loi dite de modernisation du système de santé de janvier 2016 : il s'agit d'un **réseau** qui regroupe les professionnels de santé libéraux d'un territoire, dans l'objectif est de **mettre en place des actions de soin coordonnées pour améliorer le parcours de santé des patients.**

Composée de professionnels de santé de 1^{er} et de 2nd recours, elle peut associer d'autres acteurs de la santé (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) selon la nature des projets.

Article 3 : Engagement des acteurs

3-1) Les engagements communs

Chaque acteur s'engage à :

- Partager les informations utiles et nécessaires pour favoriser une prise en charge de qualité des patients,
- Instaurer un partenariat pour l'organisation de la prise en charge et l'orientation de la population du territoire dans le système de soins,
- Elaborer un diagnostic régulier des besoins sur le territoire, dans une démarche épidémiologique et prospective.

3-2) Etudes et analyses

Chaque acteur s'engage à participer aux études et analyses sur l'évaluation des besoins en cohérence avec les Projets Médicaux de Territoire et le Projet de Santé de la CPTS LVO et à partager les résultats de ces études.

3-3) Formations

Le CHLVO apportera ses compétences médicales et soignantes dans les formations à destination de la CPTS Loire Vendée Océan lorsque cela est possible.

Les membres de la CPTS LVO pourront apporter leurs compétences dans les formations organisées par les établissements de santé lorsque cela est possible.

3-4) Promouvoir des outils numériques partagés

Renforcer les partages d'informations et faciliter conjointement le déploiement d'outils numériques pour coordonner les situations des patients communs.

3-5) Mener des actions visant à améliorer le parcours de soins des patients

Cf Feuille de route en annexe.

Article 4 : Dispositions diverses

4-1) Durée de la convention

La convention est établie pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

La feuille de route est mise à jour annuellement selon l'avancée des projets et la réalisation des objectifs fixés.

4-2) Evaluation de la convention

La présente convention fera l'objet d'une évaluation au terme de chaque année.

Cette évaluation sera réalisée à partir d'une analyse partagée et d'un échange d'expérience des actions conjointes menées pendant l'année.

Elle repose des critères qualitatifs et quantitatifs, et notamment sur les indicateurs suivants :

- Nombre de projets débutés et aboutis
- Analyse des points de blocage

4-3) Dénonciation de la convention

En cas de non-respect des engagements par l'un des partenaires, chaque partie a la faculté de dénoncer les conditions d'exécution de la présente convention. Il informe l'autre partie de son intention de se retirer de la présente convention par courrier recommandé avec accusé de réception.

ANNEXE – FEUILLE DE ROUTE 2021

Missions	Actions	
Formations	Formations des correspondants en dermatologie	
Système d'information et outils numériques	Faciliter conjointement le déploiement d'outils numériques pour coordonner les situations des patients communs	Déployer une messagerie sécurisée
		Développer l'utilisation du DMP
		Faciliter la téléconsultation
	Renforcer les partages d'informations et la coordination à distance des professionnels de santé en s'appuyant sur des outils numériques	Dématérialiser l'annuaire des activités
	Outils de communication	Favoriser un renvoi mutuel vers les sites Internet respectifs
		Diffuser une lettre de communication à l'attention des médecins généralistes
Parcours de soins des patients	Protocoles de coopérations ville/hôpital	Dossier de liaison ville/hôpital pour l'entrée et la sortie des patients - Lettre d'adressage, courrier de sortie
		Poursuivre le développement de circuits d'entrée à l'hôpital sans passer par les urgences pour les patients dont l'hospitalisation est programmable pour 2021-2022 dans les secteurs suivants : - Chirurgie digestive - Gastro-entérologie - Gériatrie
		Faciliter l'accès aux examens en imagerie, notamment pour l'échographie
	- Accueillir 2 internes SASPAS d'une journée chacun sur l'hôpital, pour la prise en charge de patients sans médecin traitant et limiter le passage par les urgences de ces patients - Réattribuer ces patients vers un médecin traitant via la CPTS	

Annexe 4 : Fiche de poste IPA

Fiche de poste
INFIRMIER EN PRATIQUES AVANCEES (I.P.A) – CONSULTATION ACCES AUX SOINS
PRISE EN CHARGE POLYPATHOLOGIE CHRONIQUE
COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ
LOIRE VENDÉE OCÉAN

Intitulé du poste	Infirmier IPA- ACCES AUX SOINS - CPTS LOIRE VENDÉE OCÉAN
Nature du poste	Assurer la prise en charge de patients en rupture de soins
Positionnement hiérarchique	L'infirmier IPA exercera ses fonctions sans lien fonctionnel avec conseil d'administration de l'association « CPTS Loire Vendée Océan » mais sur la base des missions définies par ce dernier dans le cadre de son intervention au sein de la consultation d'accès aux soins.
Positionnement fonctionnel	L'organisation du travail et les missions sont définies par le bureau de la CPTS et sa coordinatrice auprès duquel il rend compte de son activité. Ces missions sont susceptibles d'évoluer en fonction des besoins de cette action.
Missions et activités	<p>Mission 1 : recueillir le dossier médical du patient s'il existe ou le rédiger</p> <p>Mission 2 : faire l'anamnèse</p> <p>Mission 3 : faire un examen global de santé adapté aux besoins du patient (examen physique, suivis spécialistes, auscultation...) en collaboration étroite avec l'interne en médecine (SASPAS).</p> <p>Mission 4 : proposer un suivi et un plan de soin si nécessaire puis orienter vers un médecin traitant (négocier un relai vers un médecin référent)</p>
Particularités du poste	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en autonomie dans les locaux mis à disposition par le CHLVO (prise de rendez-vous par le CHLVO par secrétariat)
Qualifications	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience significative sur un poste d'infirmier libéral et de coordination dans le secteur de la santé - DE d'IPA
Compétences et qualités recherchées	<p>Les « savoirs »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du territoire et de ses acteurs - Connaissances en gestion administrative et bureautique (logiciel WEDA, logiciel CHLVO) - Assurer le suivi et l'évaluation de l'activité <p>Les « savoir-faire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité à mettre en relation des professionnels - Capacité à coordonner des actions - Organiser et prioriser son travail - Travailler en pluriprofessionnel <p>Les « savoir-être »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aisance relationnelle, dynamisme - Capacité à s'adapter à différents interlocuteurs - Capacité d'analyse et de synthèse - Esprit du travail en collaboration et en partenariat - Rigueur et organisation
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'écoute - Capacité d'initiative et autonomie
Rémunération et type de contrat	<p>Contrat de services.</p> <p>Poste basé au sein du CHLVO (territoire de la CPTS LVO) : mise à disposition de locaux, matériel et secrétariat.</p> <p>Rémunération selon profil à définir</p> <p>Référence : sur la base de l'échelon 5 de la grille en milieu hospitalier d'Infirmier en Pratiques Avancées et celle des IPA de l'association ASALEE</p>
Contact	CPTS Loire Vendée Océan, 8 rue de la Garde 85300 Sallertaine

Annexe 5 : Convention cadre relative aux stages SASPAS dans les centres de consultations d'accès aux soins pour les patients sans médecin traitant en Vendée (7 pages)



CONVENTION CADRE

N°A COMPLETER

Convention cadre relative aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) organisés dans les centres de consultations d'accès aux soins pour des patients sans médecin traitant en Vendée

Le présent document comporte 7 pages numérotées de 1 à 7

Convention n° A COMPLETER

1

SOMMAIRE

Article 1 - Préambule	3
Article 2 – Objet de la convention	4
Article 3 – Engagements des cosignataires.....	4
Article 4 - Durée de la convention	6
Article 5 - Résiliation et révision	6
Article 6 – Litiges	7

Entre

La CPTS Sud Vendée représentée par son vice-président, Monsieur le Docteur Thomas LAMBERT,

La CPTS Centre Vendée représentée par son vice-président, Monsieur le Docteur Romain BOSSIS,

La CPTS Loire Vendée Océan représentée par son président, Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS,

La Direction commune des hôpitaux de Vendée représentée par Monsieur Francis SAINT-HUBERT,

L'UFR de Médecine de Nantes Université, représentée par son Doyen, Madame le Professeur Pascale JOLLIET,

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire représentée par son directeur général, Monsieur Jean-Jacques COIPLLET.

Il a été convenu ce qui suit :

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 632-2 et L. 632-5, R. 632-1 et suivants, R. 632-26 à R.632-39 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4001-1 à L. 4135-2, L. 4011-4 à L. 4011-4-8, R. 4113-1 à R. 4113-127 et D. 6153-58-1 et suivants, ;

Vu l'arrêté du 12 avril 2017 modifié, portant organisation du troisième cycle des études de médecine ;

Vu l'arrêté du 21 avril 2017 modifié, relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2021 relatif aux modalités et conditions de l'agrément des maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2021 modifié fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités ;

Vu l'instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022 relative au développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine

Article 1 - Préambule

Dans le cadre des stages de 3^{ème} cycle des études de médecine, un dispositif innovant de stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) est en place en Vendée sur les sites hospitaliers de Fontenay-le-Comte depuis 2017, La Roche sur Yon depuis fin 2019 et Challans depuis fin 2021, en lien avec les 3 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) concernées.

Le dispositif repose sur :

- la coordination et le suivi pédagogique effectués par le DMG, en relation avec les centres hospitaliers et les CPTS, des étudiants de 3^{ème} cycle affectés en stage SASPAS par l'ARS ;
- un encadrement pédagogique assuré par un maître de stage universitaire conformément au cahier des charges annexé.

Pendant ces stages, les internes en médecine générale de dernière année assurent des consultations pour les patients dépourvus de médecin traitant, réorientés par les professionnels de santé du secteur (cabinets médicaux, pharmacies, ...), les services d'hospitalisation et les urgences des centres hospitaliers (CH), la régulation 15 ...

Ce dispositif répond à de forts enjeux pédagogiques et sanitaires :

- en offrant aux internes des terrains de stage formateurs, innovants et favorisant les liens ville-hôpital dans des territoires où beaucoup de patients sont dépourvus de médecin traitant ;
- en renforçant l'offre de soins en médecine générale et la continuité des soins sur le territoire : ce dispositif contribue à diminuer le nombre de patients en rupture de soins et à favoriser le relais vers les médecins généralistes du territoire pour un suivi au long cours ;
- en favorisant l'installation future des médecins sur le territoire.

Convention n° A COMPLETER

3

Ce dispositif expérimental a montré son intérêt pédagogique et le gain conséquent apporté dans la réponse aux besoins de santé de la population des territoires concernés.

Fort de ce constat, les présidents des CPTS Centre Vendée, Loire Vendée Océan et Sud Vendée, la Direction commune des hôpitaux de Vendée, Nantes Université, le Département de Médecine générale de l'UFR Médecine et Techniques médicales de Nantes et l'ARS Pays de la Loire (siège et DT85) s'engagent dans la formalisation d'une organisation visant à poursuivre et accompagner ce dispositif dans un cadre juridiquement consolidé, qui vise à soutenir et renforcer l'investissement des médecins généralistes dans les territoires concernés, à garantir la meilleure qualité des soins pour les patients, et qui permette la meilleure qualité d'encadrement pédagogique pour les internes affectés sur ces terrains de stage.

Article 2 – Objet de la convention

La présente convention a pour objet de :

- confirmer que les patients sans médecin traitant doivent être les bénéficiaires prioritaires de ce dispositif ;
- décrire les conditions nécessaires au bon fonctionnement de ces stages en matière de locaux, circuits des patients, système d'information et les contributions de chacune des parties à celui-ci ;
- préserver la souplesse de ce fonctionnement novateur dans l'esprit qui a conduit à sa mise en place à l'initiative des acteurs de ville et des acteurs hospitaliers avec le soutien des acteurs institutionnels.

L'engagement fort des maîtres de stages universitaires (MSU) dans cette modalité particulière de SASPAS est un facteur indispensable à la pérennité du dispositif. L'exercice s'y écarte de l'exercice classique de MSU d'un SASPAS : en effet, les patients ne sont pas connus du MSU ; les patients ne sont pas suivis par un médecin traitant ; les patients sont souvent âgés et souffrent majoritairement de pathologies chroniques ; le site de consultation peut être distant de son cabinet et le MSU n'est pas libéré de l'exercice dans son propre cabinet comme il l'est habituellement en présence d'un interne SASPAS. Enfin, le MSU ne bénéficie pas des honoraires des consultations de l'interne supervisé qui sont dévolus au centre hospitalier hébergeant les consultations.

Cette convention intègre les engagements visant à prendre en compte ces modalités d'exercice particulier et à développer l'engagement de MSU dans le dispositif.

Article 3 – Engagements des cosignataires

- **Engagements du département de médecine générale de l'UFR de Médecine de Nantes (DMG)**

Le DMG s'engage à veiller au respect des conditions d'encadrement pédagogique optimales de l'interne en stage.

Dans ce cadre et dans le respect de la charte des MSU de médecine générale datée de 2021, le format privilégié est le suivant : un MSU encadre l'interne un jour par semaine au sein de son propre cabinet et un jour par semaine dans le cadre de ce dispositif de consultations d'accès aux soins organisées sur le site hospitalier concerné.

Comme pour l'ensemble des encadrements d'internes SASPAS, le MSU doit pouvoir se rendre disponible sur l'ensemble de la journée pour répondre aux questions de l'interne et doit prévoir un temps de rétroaction quotidien avec lui.

Le DMG s'engage à retirer l'agrément au MSU qui ne respecterait pas les principes de la charte.

Le DMG s'engage à accompagner le dispositif pendant la durée de cette convention, en proposant ces stages aux internes concernés et en valorisant les acquis pédagogiques spécifiques.

Le DMG informe immédiatement les signataires de la convention en cas de difficulté à maintenir un nombre suffisant d'internes SASPAS dans ces centres.

- **Engagement des CPTS**

La CPTS est garante du profil de patients pris en charge : au moins 75% des patients pris en charge ne doivent pas avoir de médecin traitant.

La CPTS définit, chaque semestre, en cohérence avec l'organisation dont elle bénéficie et qu'elle contribue à mettre en place, le pourcentage cible de patients pris en charge pour lesquels un médecin traitant doit être trouvé par l'équipe de la consultation d'accès aux soins.

La CPTS transmet aux cosignataires ce pourcentage cible ainsi qu'une évaluation semestrielle de l'activité indiquant :

- Nombre de vacations de consultation assurées
- Nombre de consultations réalisées
- Nombre de rendez-vous non honorés
- Nombre de patients pris en charge
- Origine géographique des patients pris en charge
- Identification et part des motifs représentant au moins 80% des consultations (suivi de pathologies chroniques, pathologie aiguë, prévention...)
- Proportion de patients pris en charge n'ayant pas de médecin traitant
- Proportion de patients pour lesquels l'équipe de la consultation d'accès aux soins a retrouvé un médecin traitant

La CPTS participe à la promotion de la maîtrise de stage des universités, en particulier dans le cadre de ce dispositif.

La CPTS s'engage, avec l'équipe des consultations d'accès aux soins, à analyser les fonctionnalités du dossier patient informatisé Easily® dès que celui-ci peut y être déployé. La CPTS formule, le cas échéant, les adaptations fonctionnelles indispensables à l'exercice de médecine générale libérale. L'équipe de consultations d'accès aux soins utilise le DPI Easily®, en lieu et place de celui antérieurement utilisé, dès que ces adaptations sont mises en œuvre et sous réserve de la validation par la CPTS d'une adaptation satisfaisante du logiciel à l'exercice de médecine générale libérale.

- **Engagement de la direction commune des hôpitaux de Vendée**

La direction commune des hôpitaux de Vendée met à disposition de l'équipe de consultation d'accès aux soins des ressources humaines, des locaux et un système d'information adaptés au mode d'exercice et aux consultations réalisées.

Un temps de secrétariat médical est mis à disposition de l'équipe de consultation permettant la prise de tous les rendez-vous de consultations (nouveaux et suivi), la récupération du dossier pour les patients déjà hospitalisés, l'accueil administratif des patients, l'intégration des documents reçus par messagerie sécurisée dans le dossier informatisé des patients et l'information des praticiens concernés (interne, MSU), la cotation des consultations (y compris des majorations adaptées).

Les acteurs institutionnels valorisent la particularité de l'exercice d'encadrement de ces stages en proposant un salariat du MSU par le CH sous le statut Praticien Hospitalier Contractuel (PHC) avec une rémunération de 150 euros net par journée, venant en sus du montant forfaitaire des honoraires habituels de PAMSU (Praticien Agréé - Maître de Stage des Universités).

Les locaux dédiés à la consultation mis à disposition par le CH doivent comporter une salle d'attente pour les patients et autant de bureaux que de membres de l'équipe amenés à rencontrer les patients (interne, IPA, assistant médical le cas échéant) ; dans l'organisation actuelle, il s'agit de mettre à disposition *a minima* 2 bureaux de consultations équipés pour chaque journée de consultation prévue. Ces locaux doivent être facilement accessibles pour les patients et limiter les croisements de circuit avec des patients relevant d'autres prises en charge.

Une adresse de messagerie sécurisée organisationnelle est mise à disposition et est accessible à tous les membres de l'équipe de consultation.

Un dossier patient informatisé est mis à disposition de l'équipe de consultation. A ce jour, il s'agit du logiciel WEDA®. Il sera remplacé par le dossier patient informatisé EASILY®, dès que celui-ci peut être proposé par le CH hébergeant les consultations. Les fonctionnalités pourront faire l'objet d'une adaptation aux demandes spécifiques de l'équipe de consultations d'accès aux soins, dans les mêmes conditions que celles définies par le CH pour les équipes hospitalières. La sauvegarde des données du dossier patient antérieurement utilisé par le centre de consultations d'accès aux soins est assurée. Une formation à l'utilisation du DPI est assurée pour tous les membres de l'équipe. La création des comptes pour les nouveaux internes et leur formation à l'usage du DPI (plateforme de e-learning) doit être possible 48h avant leur arrivée (mai et novembre). Le DPI est accessible au MSU en temps réel à distance. Une attention particulière sera portée aux critères de labellisation des solutions e-santé : adéquation fonctionnelle aux besoins des professionnels (l'adéquation des fonctionnalités du DPI avec les attendus de la consultation de médecine générale fera l'objet d'une revue semestrielle), conformité à la réglementation en vigueur (hébergement des données, aide à la prescription médicamenteuse...), DMP-compatibilité.

L'équipe de consultation d'accès aux soins bénéficiera du support informatique technique et du support fonctionnel du DPI EASILY®, garantissant ainsi une continuité de service.

- **Engagement de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire**

L'ARS s'engage à dédommager la direction commune des hôpitaux de Vendée du montant de la rémunération des praticiens hospitaliers contractuels salariés dans ce cadre.

La mission d'appui à la transformation et à l'animation territoriale de la formation (MATAF) a accompagné la formalisation de la présente convention cadre. Dans la continuité, l'ARS confie à la MATAF, en concertation étroite avec la délégation territoriale de Vendée, le suivi de la présente convention.

Chaque cosignataire s'engage à désigner un référent possédant un niveau d'information suffisant pour échanger régulièrement avec la MATAF. Un comité de suivi opérationnel se réunit chaque semestre pour un retour d'expérience et un suivi des engagements pris. Ce comité s'assure également du maintien de la complémentarité de ces consultations avec les autres types de dispositifs mis en place sur le territoire (consultations de soins non programmés notamment).

Article 4 - Durée de la convention

Le contrat est conclu pour un an, renouvelable deux fois par tacite reconduction.

Il pourra être dénoncé par les parties à date anniversaire, avec un préavis de DEUX mois, nonobstant l'autorisation de terminer les stages engagés.

Article 5 - Résiliation et révision

Les parties se réservent la faculté de dénoncer la présente convention, à tout moment, pour tout motif d'intérêt général, après un préavis de TROIS mois, par lettre recommandée avec avis de réception.

Convention n° A COMPLETER

6

Article 6 – Litiges

En cas de litige résultant de l'interprétation ou de l'application de la présente convention, les parties contractantes s'engagent à tout mettre en œuvre pour parvenir à un règlement amiable du litige. En cas d'échec de cette conciliation, le différend sera porté devant le Tribunal administratif de Nantes.

Article 7 – Signature de la convention

Annexe 6 : Courrier pour la communication initiale autour du dispositif



Consultations d'accès aux soins primaires pour les patients sans médecin traitant en priorité de plus de 75 ans et relevant d'une ALD

Les patients du territoire de santé du CHLVO rencontrent des difficultés d'accès aux médecins généralistes, et notamment les patients de plus de 75 ans et en ALD qui ont recours à l'hôpital pour leur suivi.

Une collaboration ville-hôpital est mis en œuvre à compter du 2 novembre pour faciliter le suivi de 1^{er} recours des patients n'ayant pas de médecin traitant.

Des consultations assurées par un interne SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée = stage de médecine de ville) **assisté d'un IPA** (infirmier en pratique avancée) pour les pathologies chroniques stabilisées **se tiendront les mardis et jeudis, au 2^{ème} étage du bâtiment Biochaud du CHLVO**. L'IPA aura notamment en charge l'organisation du parcours de soins : constitution du dossier patient, adressage aux spécialistes.

Les internes en stage SASPAS, Mme Léonie ALLAMANNO et Mme Ombeline DEFFRENNES, sont supervisées par le Dr Brutus, maître de stage universitaire. L'IPA, M. Philippe PRAUD, est mis à disposition par la CPTS LVO, dans le cadre de sa mission d'organisation des soins autour du patient.

Les patients, en priorisant les patients âgés en ALD, une fois vus par l'interne et l'IPA seront ensuite proposés à tour de rôle aux médecins généralistes du territoire pour leur suivi.

Les médecins du CHLVO sont invités à orienter vers cette consultation les patients identifiés sans médecin traitant lors d'une hospitalisation complète ou d'un passage aux urgences, notamment ceux de plus de 75 ans et bénéficiant d'une ALD.

Prendre rendez-vous auprès du **Secrétariat Biochaud** : ☎ [REDACTED]

Attention, les rendez-vous doivent être pris par vos secrétariats auprès du secrétariat Biochaud ou par vous-même. Ce numéro n'est pas diffusable directement aux patients.

Fait à Challans, le 15 octobre 2021

Annexe 7 : Formulaire pour le recrutement des patients



La Communauté Professionnelle territoriale de Santé (CPTS) Loire Vendée Océan en partenariat avec le Centre Hospitalier LVO de Challans organise des consultations pour les personnes de plus de 70 ans ayant une pathologie chronique nécessitant un suivi (ALD) mais qui malheureusement n'ont plus de médecin traitant.

Vous êtes dans cette situation...

L'objectif est d'accéder à des consultations médicales conventionnées pour assurer une continuité de votre parcours de soins et vous aider à trouver un médecin traitant. Ces consultations se feront sur rendez-vous programmés par un étudiant en 9^{ème} année de médecine générale et / ou un Infirmier en Pratique Avancée.

Je soussigné Me / Mr Né(e) le

déclare :

- Avoir une pathologie chronique nécessitant un suivi (ALD),
- Ne pas avoir de médecin traitant,
- Résider sur le territoire en proximité de Challans,
- Ne pas être sous mesure de protection (tutelle),
- accepter une consultation avec un interne de médecine générale et / ou un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en attendant de trouver un médecin traitant.

Mes coordonnées :

Adresse :

Tél :

Fait à _____, le _____

Signature :

ENVOYER LA DEMANDE

Par FAX au : _____

mail: _____

Annexe 8 : Flash info - communication intra hospitalière



#26 | NOV 21

Le Flash

ACTUS Relations ville-hôpital : notre feuille de route

Le CHLVO renforce le lien avec les professionnels de santé libéraux. L'objectif est de construire un parcours de santé facilité et cohérent pour les patients du territoire, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital. Afin de relever ce défi, une feuille de route est partagée avec la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), réseau regroupant les professionnels de ville du nord-ouest Vendée et Sud Loire-Atlantique.

Parmi les actions concrètes qui sont mises en œuvre :

- la formation de 4 médecins de ville correspondants en dermatologie, portée par les Dr Claire BESLIER-MARIDET et Dr Christine BRISSON,
- une rencontre sur l'ophtalmologie avec les médecins généralistes, initiée par le Dr Manon CLEMENT,
- la conciliation médicamenteuse menée par le Dr Sandra PETITGAS.

De nouvelles perspectives pour l'accès aux soins...

- L'accueil de 2 internes en médecine générale et d'un infirmier en pratique avancée. Ceci permet la prise en charge de patients sans

médecin traitant de plus de 75 ans et relevant d'ALD repérés au sein de nos services, avec l'objectif de leur réattribuer un médecin traitant et faciliter ainsi l'accès aux soins de premiers recours.

Ces démarches contribuent à créer une dynamique entre les professionnels de santé de ville et hospitaliers, médicaux et paramédicaux, et renforcent l'offre de soins par l'amélioration de la qualité du parcours patient, portée collectivement.

ZOOM SUR

Un dispositif innovant pour les salles de formation Biochaud

En lien avec le contexte sanitaire, l'enveloppe destinée au plan de formation pour l'année 2020 ne pouvant être totalement consommée, un accord exceptionnel a été donné par l'ANFH (organisme ...) afin d'utiliser des crédits formations pour des achats de matériels destinés à la formation. L'établissement a fait le choix, en lien avec nos instances, d'orienter ses crédits sur du matériel informatique, du matériel pour nos formateurs

internes et des équipements de vidéo projection pour nos salles de formation.

Les salles diuneuf et dechen ont ainsi pu être équipées de deux écrans 75 pouces, et d'un dispositif innovant de vidéo (camera qui cadre automatiquement les sujets, optimise les couleurs et la luminosité des visages). La précision sonore est aussi améliorée afin de garantir la qualité de échanges vocaux.

[EN BREF]



En décembre, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers interviendra sur les sites de Machecoul et de Saint-Gilles en proposant une collation, adaptée au contexte sanitaire.

📍 St Gilles • Lundi 13 décembre de 12h45 à 15h00 en Salle Nord.

📍 Machecoul • Jeudi 16 décembre de 12h45 à 16h00 en salle de réunion du SSR 2ème étage.

À L'AFFICHE Octobre Rose laisse place au Movember



Après la mobilisation des auxiliaires de puériculture en faveur de la lutte contre le cancer du sein, c'est au tour des techniciens informatiques de soutenir la lutte contre le cancer de la prostate ainsi que d'autres maladies masculines.

Merci à eux pour leur engagement !



Annexe 9 : Infographies mesures d'activité du dispositif par la CPTS

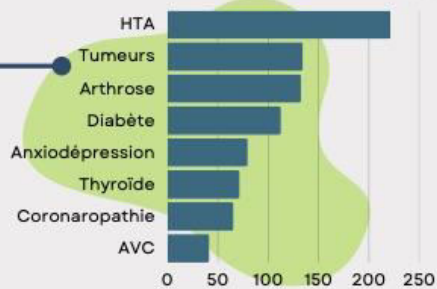


Consultation d'accès aux soins

Activité de la consultation assurée par les internes
SASPAS et l'IPA au CHLVO depuis le 9 novembre 2021
Point au 15 mars 2023

Patients

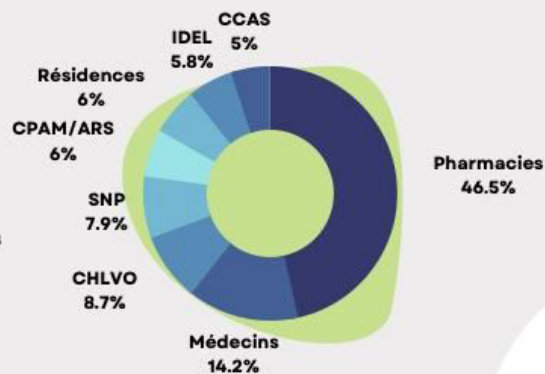
- 477 patients (75% ont 65 ans et plus)
- 82% en ALD ou plus de 70 ans
- 453 patients vus au moins 2 fois en consultation (234 hommes et 219 femmes)



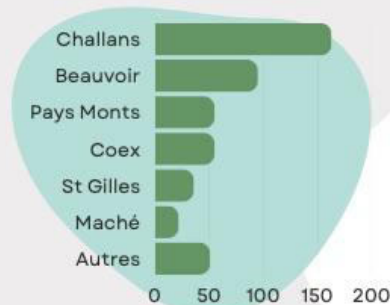
Provenance

250 patients en rupture de suivi par départ de leur ancien médecin traitant et
144 en provenance d'autres régions
83 divers autres

Sources de l'adressage
Les patients sont surtout adressés par les pharmacies



Lieux de résidence
Une majorité de patients résident à Challans ou à Beauvoir



Devenir

42% des patients ont retrouvé un nouveau médecin traitant

Références

Infographie CPTS Loire Vendée Océan
mars 2023

Annexe 10 : Communication sur la procédure d'entrée dans le dispositif

PROCÉDURE CONSULTATION ACCÈS SOINS IPA/SASPAS

Novembre 2022



Adressage des patients sans médecin traitant



Adresseurs : CHLVO, pharmaciens, IDEL, médecins, EHPA, EHPAD, CCAS et SDA



Orientation vers la consultation d'accès aux soins



public cible

+ 16 ans en ALD

+ de 70 ans

sans médecin



Formulaire adressé au contact secrétariat Cure BIOCHAUD : sec.saspas@ch-lvo.fr

Réception de la demande par le secrétariat

Vérification des critères d'éligibilité



Proposition d'un rdv (du mardi au vendredi)

Demande systématique aux patients de venir avec leurs ordonnances, les résultats d'imagerie et laboratoire



1 Infirmier en pratique avancée

Anamnèse du dossier médical = antécédents, problématique du patient, évaluation globale (cf. check-list) + saisie WEDA/CROSSWAY



2 Interne de médecine générale SASPAS

Diagnostic et prescription



3 Coordination IPA/interne



4 PPS (Plan Personnalisé de Soins)

cf. formulaire WEDA à remplir



Si non stabilisé : suivi SASPAS

Si stabilisé : suivi IPA



Fin de prise en charge

Recherche d'un relai vers un médecin généraliste du territoire de la CPTS par l'IPA (annuaire médecins territoire CPTS LVO)



SERMMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Vu, le président du jury,
Monsieur le Professeur Cédric RAT

Vu, le directeur de thèse,
Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Vu, le directeur de thèse ,
Monsieur le Docteur Alexandre CARLIER

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

NOM : ALLAMANNO
NOM : DEFFRENNES

PRÉNOM : Léonie
PRÉNOM : Ombeline

TITRE : Dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant : élaboration et mesure d'activité d'un projet innovant interprofessionnel en Vendée impliquant des internes en médecine générale et des infirmiers en pratique avancée.

RÉSUMÉ

Introduction: En France et plus particulièrement sur le territoire de la Communauté Territoriale de Santé (CPTS) Loire Vendée Océan (LVO), l'offre de soin diminue. Ceci est la conséquence du vieillissement de la population et de la baisse du nombre de médecins traitants installés. Les instances gouvernementales et les acteurs sur le terrain proposent des pistes pour répondre au problème de démographie médicale.

Matériels et méthodes: Selon une méthode recherche-action nous avons réalisé dans un premier temps une recherche documentaire afin de constituer une base solide de connaissances factuelles du contexte. Puis dans un second temps, nous avons cherché à décrire l'élaboration de notre dispositif expérimental et à en mesurer son activité entre novembre 2021 et avril 2022. Les données ont été recueillies de façon prospective lors des consultations puis analysées de façon rétrospective.

Résultats: La coopération entre médecins généralistes et infirmiers semble améliorer l'accès aux soins primaires. La connaissance d'un territoire parmi d'autres mesures incitatives faciliterait l'installation des jeunes médecins. La Direction de Médecine Générale de Nantes, la CPTS LVO, le centre hospitalier de Challans et l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire ont réfléchi ensemble à un nouveau terrain de stage intra hospitalier pour les internes de médecine générale en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). C'est en voulant privilégier le lien "ville-hôpital", le travail interprofessionnel et une formation qualitative pour les internes que ce dispositif innovant a vu le jour en novembre 2021. Ce projet, coordonné par la CPTS, propose des consultations pluriprofessionnelles pour les patients sans médecin traitant avec un interne et un infirmier de pratique avancée (IPA). L'objectif principal est de favoriser l'accès aux soins primaires, de permettre un retour vers un médecin traitant et d'éviter la rupture de soins de ces patients fragiles. Ce travail interprofessionnel a également pour vocation d'augmenter l'efficacité médicale dans un contexte de pénurie de médecins traitants. Sur la durée de notre étude, 148 patients ont bénéficié d'une reprise de leur suivi médical et 37 patients ont retrouvé un médecin traitant installé sur le territoire de la CPTS.

Discussion et conclusion: Ce dispositif répond à de forts enjeux pédagogiques et sanitaires dans le contexte actuel de diminution de l'offre de soins. Ce nouveau terrain de stage particulièrement professionnalisant et responsabilisant pour l'interne SASPAS, permet de le sensibiliser au travail collaboratif avec un IPA. Afin d'envisager la pérennisation du dispositif, des rapports réguliers auprès des différents acteurs sont prévus pour apporter les modifications nécessaires.

MOTS CLEFS

Stage SASPAS, Accès aux soins primaires, ALD, Patient âgé, Vendée, Lien ville-hôpital, CPTS, Interprofessionnel et IPA, Médecin Traitant