



HAL
open science

Évaluation de la mise en place d'un dispositif permettant de proposer des consultations de soins programmés de médecine générale aux patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS Drac Sud

Jérémie Descombes

► To cite this version:

Jérémie Descombes. Évaluation de la mise en place d'un dispositif permettant de proposer des consultations de soins programmés de médecine générale aux patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS Drac Sud. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04557583

HAL Id: dumas-04557583

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04557583>

Submitted on 24 Apr 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF
PERMETTANT DE PROPOSER DES CONSULTATIONS DE SOINS
PROGRAMMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE AUX PATIENTS SANS
MÉDECIN TRAITANT SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS DRAC SUD**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 12/04/2024

Par M. Jérémie DESCOMBES

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Yoann GABOREAU

M. le Pr Farouk BENDAMENE

Mme le Dr Lauranne COIGNARD (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLUAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEO Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'apporter votre expertise et votre connaissance sur mon travail.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, je vous remercie tout d'abord d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie également pour votre enthousiasme sur notre projet lors du séminaire d'accompagnement de thèse et de vos encouragements sur la poursuite de celui-ci.

À Monsieur le Professeur Farouk BENDAMENE, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de votre intérêt pour mon sujet.

À Madame le Docteur Lauranne COIGNARD, je te remercie d'avoir été ma directrice de thèse et de m'avoir fait confiance dans ce projet intéressant. Merci de tes conseils et d'avoir su m'accompagner et m'orienter dans mon travail. Merci de ton aide précieuse.

À tous ceux qui ont participé au projet

À Natacha DIEULOT, merci pour ton enthousiasme constant malgré les difficultés rencontrées dans ce projet. Merci pour toute l'énergie que tu as donnée pour faire avancer celui-ci.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à notre dispositif.

Aux différents acteurs qui sont intervenus dans le projet et ont contribué à le faire avancer.

À ma famille

À mes parents, si je suis la personne que je suis aujourd'hui, c'est en très grande partie grâce à vous. Merci pour votre amour, pour votre soutien indéfectible. Merci pour cette enfance joyeuse et sans jamais la moindre trace d'ennui que vous m'avez permise.

À ma maman, merci pour ton enthousiasme perpétuel, ta joie de vivre, à la notion du bien-

être de l'autre, tant de qualités que tu m'as inculquées. Merci pour tout ton amour inconditionnel.

À mon papa, toi qui m'as apporté d'autres qualités ô combien importante : la réflexion, la volonté perpétuelle de mieux faire, d'explorer les choses. Pour ta présence indéfectible et rassurante au bord des piquets et des terrains de rugby quelles que soient les conditions.

À mon frère, merci d'être la personne que tu es. Merci pour ces moments de joie (parfois de dispute) dont tu as égayé notre enfance. Malgré nos caractères qui nous ont parfois éloignés, nous ne sommes finalement pas si différents, plus les années passent et plus cela devient facile de s'en rendre compte.

À ma Granny, toi qui m'as toujours donné tant d'amour et qui continue de le faire. À ces moments à cuisiner avec toi pendant nos vacances quand on était petit, à ton optimisme sans faille. À mes grands-parents déjà partis, toi Daddy qui était un puits de connaissance et qui m'a tant appris. À Papy, ton caractère si calme et serein m'a toujours impressionné. À Mamy, ta joie de vivre était un modèle du genre et si agréable au quotidien.

À ma famille de Bordeaux, à ma tante et marraine pour tes petites attention toujours présentes. À mes cousins, malgré notre écart d'âge c'est toujours un plaisir de vous voir.

À mes cousines Marine et Morgane grâce à qui les vacances d'été au Goasmeur étaient toujours attendus avec impatience et sont devenus mémorables.

À mes amis

Vienot, toi qui es le premier que j'ai rencontré à Galien. Pour ces moments, parfois compliqués mais qui nous ont rapproché lors de ces 2 P1. Les moments moins compliqués et bien plus joyeux au cours de l'externat et de l'internat. Pour ta rigueur dans ton travail, d'abord scolaire à la faculté puis celle que tu mets actuellement dans ton métier et qui est toujours une source d'inspiration.

Reynier, ce calme et ce détachement dont tu fais preuve sont toujours impressionnant, mais cache un intérêt et une bienveillance pour les autres. Merci pour tous ces moments magiques offerts, que ce soit par ton lunatisme ou par tes nombreux talents cachés.

Romain, ta bonhomie et ta jovialité sont toujours du bonheur au quotidien. Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour ces tournois de pétanque légendaires. Garde ton état d'esprit au quotidien et ce vent de fraîcheur que tu apportes.

Etienne, rencontré au détour d'un tuto et plus jamais quitté depuis. Pour cet humour au 18^{ème} degré nul, mais qu'on adore faire. À ces nombreux moments partagés pendant les études ou en colloc.

Ulysse, ton caractère trempé te précède, mais ceux qui te connaissent savent que derrière celui-ci se cache une personne au grand cœur. Pour ces moments passés lors de nos études et après, pour ces voyages au pays des empenadas inoubliables. Ton abnégation dans la vie et dans le travail est un modèle du genre.

Alex, ta capacité à faire tant de choses au quotidien et à entraîner les autres avec toi est plus qu'appréciable et l'énergie que tu donnes autour de toi est toujours un bonheur.

Alix, ton caractère posé et réfléchi apporte une sérénité plus qu'appréciable. Merci pour ces moments passés durant l'externat et surtout pendant cette D4 au cours de nos fameuses sous conf hebdomadaires. Ton équilibre de vie et les moyens que tu te donnes pour réaliser tes objectifs sont impressionnants, ne change pas !

Kevin, toi qui as rendu ces années au château mémorable, par ta facilité à vivre et ta capacité à rendre les soirées légendaires. Ton sens de l'organisation et de l'anticipation ne sont pas un modèle du genre, mais nous ont offert de franc moment de rire.

À Mélissa, pour ton engagement dans tant de causes, pour cette crédulité qui t'a valu tant de pages dans le carnet. Tu as été une superbe découverte et les fous rire que j'ai pu avoir avec toi me font encore rigoler lorsque j'y repense en écrivant ces lignes.

À Druel, Fabien, Danny, Juliette, Lucie, Mathilde, Maud, Oriane, tant de belles rencontres de la faculté, merci pour tous ces moments partagés durant l'externat, ces heures passées à la cafet, à la BU, en soirées, en vacances, en voyage.

Aux médecins de la MSP des Essarts

Merci pour votre accueil lorsque je suis arrivé en tant qu'interne, puis de m'avoir donné la chance de pouvoir travailler avec vous. Merci de m'avoir fait partager votre expérience et vos conseils. Merci pour votre confiance au quotidien, pour cette énergie que vous m'avez transmise.

À Célia. Je t'ai rencontré il y a maintenant 4 ans, ta présence quotidienne m'est devenu indispensable. Ton soutien sans faille, tes petites manies et tes doutes perpétuels qui me font tellement rire, ta simplicité de vivre, ton côté bon vivant et tant d'autres qualités. Pour toutes ces choses et pour le bonheur que tu apportes dans ma vie, merci !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIÈRES.....	11
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
LISTE DES DÉFINITIONS	15
RÉSUMÉ.....	16
ABSTRACT.....	18
INTRODUCTION	20
1 <i>Contexte général en France.....</i>	<i>20</i>
2 <i>Contexte de la CPTS DRAC SUD.....</i>	<i>21</i>
3 <i>Question de recherche.....</i>	<i>22</i>
4 <i>Objectif de recherche.....</i>	<i>22</i>
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
1 <i>Type d'étude</i>	<i>23</i>
2 <i>Participants et sites</i>	<i>23</i>
3 <i>Bibliographie.....</i>	<i>24</i>
4 <i>Questionnaire</i>	<i>25</i>
5 <i>Entretien</i>	<i>25</i>
RÉSULTATS	26
Identification du problème.....	26
1 <i>Un manque de médecin généraliste</i>	<i>26</i>
2 <i>Un territoire avec une population présentant des caractéristiques particulières.....</i>	<i>27</i>
3 <i>Les structures de soins sur le territoire</i>	<i>28</i>
4 <i>Conclusion.....</i>	<i>29</i>
Établissement d'un plan d'action	30
1 <i>Analyse des projets similaires déjà existants.....</i>	<i>30</i>
2 <i>Recherche d'un lieu de consultation et des modalités d'organisation possibles</i>	<i>35</i>

3	<i>Ressources humaines</i>	38
4	<i>Avantages et limites des modèles</i>	40
5	<i>Choix du modèle et définition du plan d'action</i>	42
	Mise en place du plan d'action.....	44
1	<i>Type de patients</i>	44
2	<i>Organisation</i>	44
3	<i>Rémunération</i>	47
4	<i>Mise en place du projet</i>	47
	Causes d'échec du projet et recherche de solutions alternatives	49
1	<i>Causes d'échec du projet</i>	49
2	<i>Solutions alternatives</i>	49
	DISCUSSION	51
1	<i>Les résultats principaux</i>	51
2	<i>Les forces et limites de notre étude</i>	51
3	<i>Les facilitateurs</i>	52
4	<i>Les freins et perspectives</i>	53
5	<i>Les questions éthiques</i>	54
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXES	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010	20
Figure 2 : Prévion du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	20
Figure 3 : Carte du territoire de la CPTS	21
Figure 4 : Équation de recherche.....	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparatif de la densité des médecins généralistes en activité régulière (pour 100 000 habitants)	26
Tableau 2 : Comparatif des modèles de mise en place.....	42

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALD : Affection Longue Durée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CH : Centre Hospitalier
- CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- FMF : Fédération des Médecins de France
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles
- SAS : Service d'Accès aux Soins
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- SML : Syndicat des Médecins Libéraux
- SNP : Soins Non Programmés
- SP : Soins Programmés
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UFML-S : Union Française pour une Médecine Libre Syndicat
- UNPS : Union Nationale des Professionnels de Santé

LISTE DES DÉFINITIONS

- Soins Non Programmés

L'ARS définit les soins non programmés comme un besoin de soins ressenti comme urgent par le patient conduisant à une prise en charge le jour même ou le lendemain.

- Soins Programmés

Les soins programmés sont définis par la sécurité sociale comme les soins ou traitements planifiés à l'avance.

RÉSUMÉ

Contexte : Actuellement, du fait de la baisse constante du nombre de médecins généralistes en activité en France, l'accès à un médecin traitant est devenu de plus en plus difficile, voire impossible dans certains territoires. Cette problématique d'égalité d'accès aux soins fait réfléchir à des solutions alternatives. Le projet mené par la CPTS Drac Sud, territoire particulièrement touché, vise à mettre en place un dispositif de soins programmés pour les patients sans médecin traitant.

Objectif : Suivre et évaluer la mise en place d'un dispositif visant à mettre en place des soins programmés pour des patients hors parcours médecin traitant afin d'en évaluer la faisabilité, les freins et les facilitateurs.

Matériel et méthodes : Une étude en recherche action a été menée autour de ce projet. Une identification des problématiques sur le territoire a d'abord été réalisée. L'élaboration du plan d'action a nécessité une analyse de projets similaires existants, puis une recherche des ressources matérielles et humaines notamment via un questionnaire aux médecins généralistes de la CPTS. La mise en place du plan d'action a nécessité la réalisation d'un entretien semi dirigé sous forme de focus groupe hétérogène et l'analyse des données récoltées.

Résultats : L'élaboration du plan d'action nous a permis de proposer 2 modèles de fonctionnement : l'un dans lequel le porteur du projet se trouve en charge de la gestion administrative, des ressources matérielles ainsi que du poids financier du projet, ce qui limite son développement. Le second est réalisé en partenariat avec une structure de soins, dont la mise en place est facilitée par la délégation de la gestion administrative et des ressources matérielles à la structure et dans lequel le salariat des médecins est possible.

L'entretien a mis en avant des difficultés en lien avec notre choix de prioriser les patients en ALD qui implique des consultations plus longues et complexes et qui pose la question éthique de l'égalité d'accès aux soins. Il a également soulevé la problématique de la rémunération proposée qui était faible. Nous avons pu montrer que le salariat est plébiscité par les médecins, mais limitant du fait de la complexité de mise en place en dehors d'une structure de soins.

Conclusion : Ce type de projet semble être une alternative pour améliorer l'égalité d'accès aux soins de la population, les acteurs de santé y sont sensibles et sont moteurs dans leur mise

en place et leur développement. La nécessité d'une adaptation aux ressources présentes sur le territoire est primordiale afin de pouvoir bénéficier de soutien dans le développement de tels dispositifs. L'assouplissement des contraintes administratives et le soutien des instances de santé semblent nécessaires pour faciliter le développement de ces projets ainsi que leur viabilité.

Mots clefs : soins de santé primaires ; consultation médicale ; médecine générale ; modèles d'organisation

ABSTRACT

ASSESSMENT OF IMPLEMENTING A SYSTEM FOR OFFERING SCHEDULED GENERAL MEDICINE CONSULTATIONS TO PATIENTS WITHOUT A PRIMARY CARE PHYSICIAN WITHIN THE CPTS DRAC SUD TERRITORY

Context: Due to the constant decrease in the number of general practitioners in activity in France, access to a primary care physician has become increasingly difficult, even impossible in some areas. This issue of equal access to healthcare prompts consideration of alternative solutions. The project led by CPTS Drac Sud, a particularly affected territory, aims to implement a scheduled care system for patients without a primary care physician.

Objective: To monitor and evaluate the implementation of a system aimed at providing scheduled care for patients outside the primary care physician pathway, in order to assess its feasibility, barriers, and facilitators.

Materials and methods: A participatory action research study was conducted around this project. Identification of local issues was initially carried out. The development of the action plan required an analysis of similar existing projects, followed by a search for materials and human resources, notably through a questionnaire sent to general practitioners within the CPTS. Implementation of the action plan involved conducting semi-structured interviews in the form of heterogeneous focus groups and analyzing the collected data.

Results: The development of the action plan enabled us to propose two operating models: one in which the project leader is responsible for administrative management, material resources, and financial burden, limiting its development. The second model is carried out in partnership with a healthcare structure, where administrative management and material resources are delegated to the structure, and where physician wage employment is possible. The interviews highlighted difficulties related to our choice of prioritizing patients with long-term conditions, which involves longer and more complex consultations, raising ethical questions regarding equal access to healthcare. It also raised concerns about the low proposed remuneration. We were able to demonstrate that wage employment is favored by physicians but limited due to the complexity of implementation outside a healthcare structure.

Conclusion: This type of project appears to be an alternative to improve equal access to healthcare for the population, with healthcare professionals showing sensitivity and driving force in their implementation and development. The need for adaptation to local resources is

crucial to garner support for the development of such systems. Flexibility in administrative constraints and support from health authorities appear necessary to facilitate the development and viability of these projects.

Keywords: primary health care ; office visits ; general practice ; models, organizational

INTRODUCTION

1 Contexte général en France

Au 1er janvier 2023, on compte 82 915 médecins généralistes en activité régulière en France, avec une diminution de 11% de cet effectif depuis 2010 (Figure 1). La balance des soldes entrants/sortants en médecine générale était de -1146 au cours de l'année 2022. Les prévisions actuelles tendent vers une diminution du nombre de médecins généralistes jusqu'en 2025 au plus tôt (Figure 2).

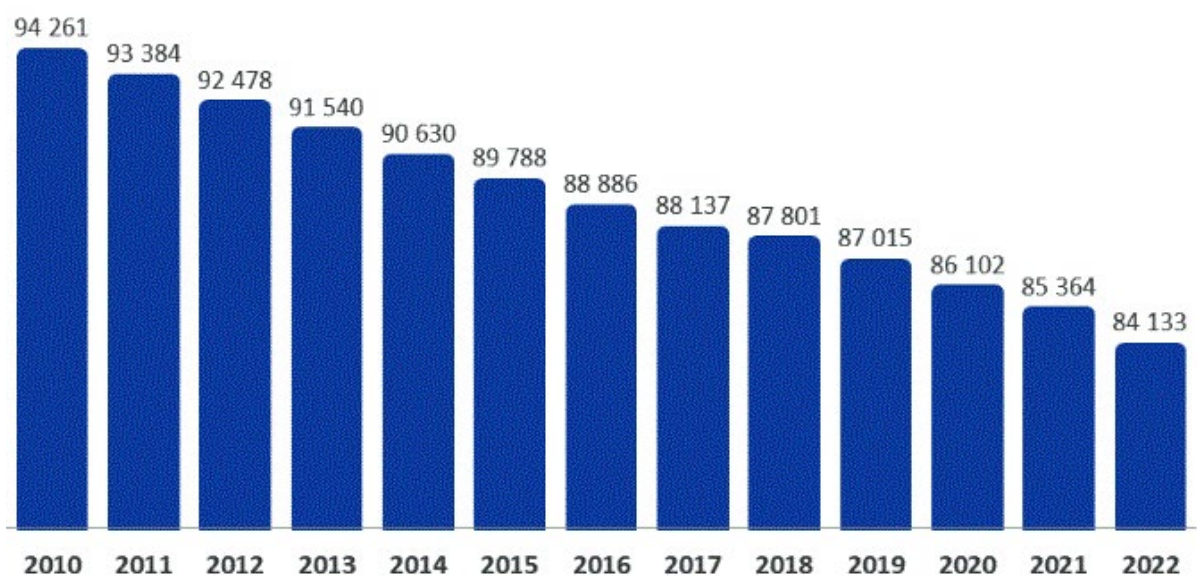


Figure 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 ⁽²⁾

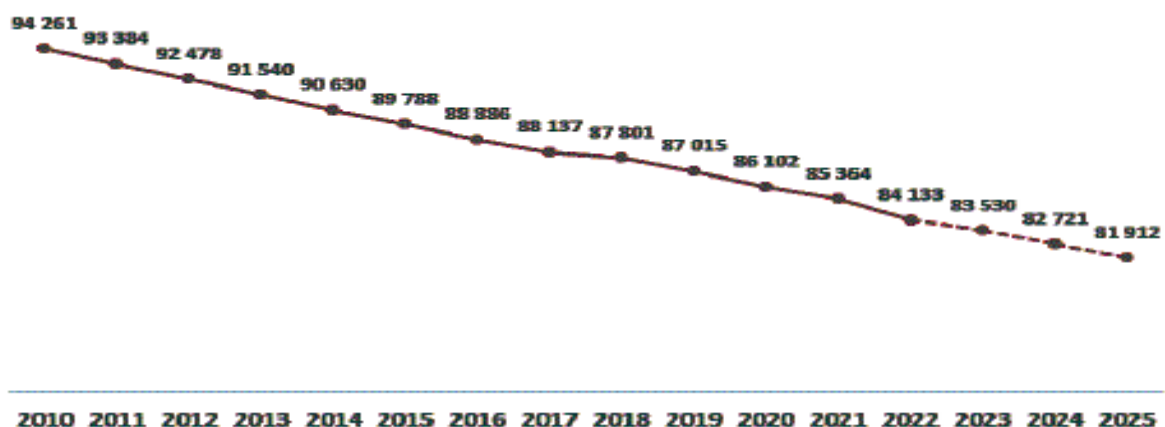


Figure 2 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 ⁽²⁾

Dans l'intervalle 2010-2023, la démographie française a augmenté de 5.5%, ce à quoi s'associe un vieillissement de la population qui s'accélère dans le même intervalle selon les chiffres de l'INSEE (3).

La conjugaison de la baisse de l'effectif de médecins généralistes associée à une augmentation et un vieillissement de la population creuse les inégalités territoriales ainsi que le problème de l'accès aux soins. En 2022, on comptait en France 6.7 millions de personnes sans médecin traitant, parmi lesquelles figurait 714 000 personnes en ALD, d'après les chiffres de l'Assurance Maladie (4).

Le nombre de patients sans médecin traitant étant amené à augmenter dans les prochaines années, des plans d'actions ont été mis en place par l'assurance maladie sous l'égide du gouvernement en ciblant en priorité les patients en ALD afin que ceux-ci puissent trouver un médecin traitant.

2 Contexte de la CPTS DRAC SUD

La CPTS DRAC SUD couvrait en 2022 une partie du bassin Sud de l'agglomération grenobloise sur 4 communes : Échirolles, Pont-de-Claix, Bresson, Champagnier.

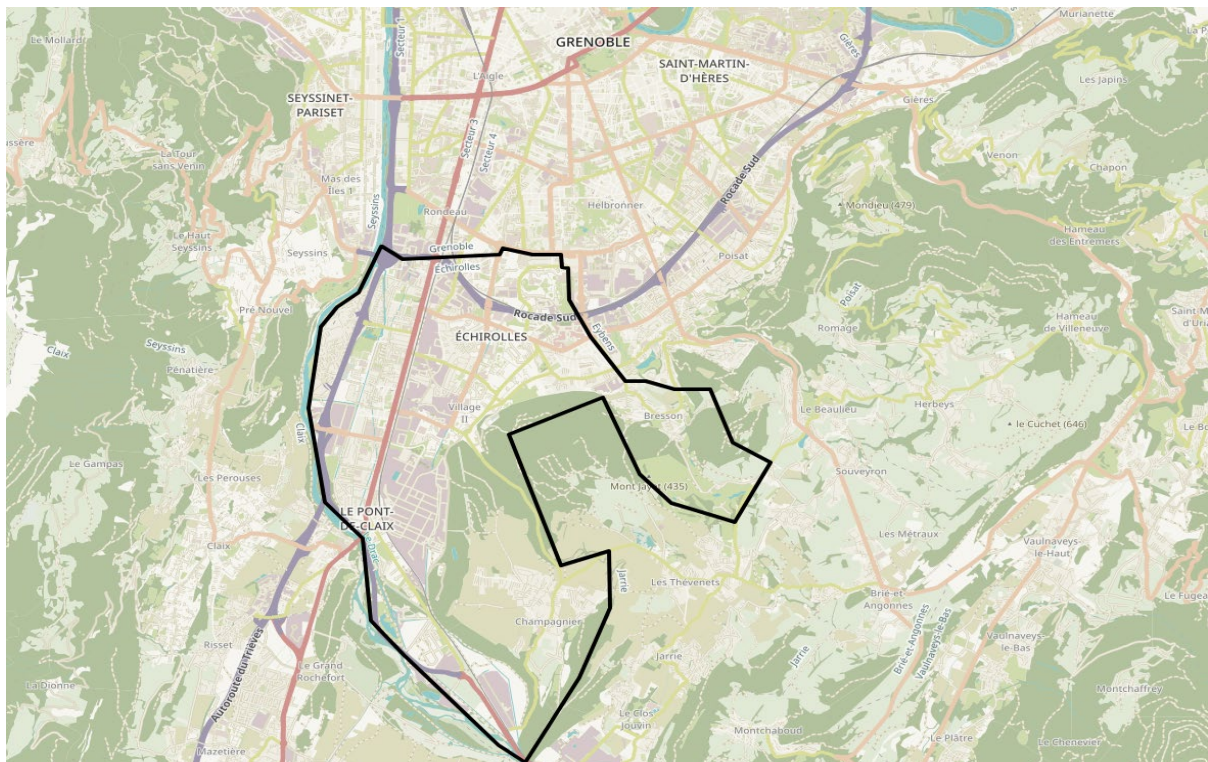


Figure 3 : Carte du territoire de la CPTS

Cette zone comptait en 2020 une population totale de 49 819 habitants, la majorité d'entre eux habitant respectivement sur les communes d'Échirolles (36 970) et de Pont-de-Claix (10 879).

Les médecins généralistes sur le territoire de la CPTS sont installés sur les communes d'Échirolles et de Pont-de-Claix. Le territoire compte en 2024, 31 médecins contre 39 en 2022 et 45 en 2018. Cette baisse s'explique par de nombreux départs à la retraite non compensés par les nouvelles installations (2 en 2023, et 1 en 2024).

En Septembre 2023, le nombre de patients sans médecin traitant sur la CPTS s'élevait à 5576 selon la CPAM, chiffre ne prenant pas en compte les patientèles de 4 médecins partis à la retraite en fin d'année 2023.

Les structures de soins non programmés ont donc vu leur activité augmenter avec une majoration de consultations relevant des soins programmés. Dans ce contexte, et notamment à la demande du représentant de la structure de SOS médecins 38, la problématique d'accès à un médecin traitant a été ciblée comme axe prioritaire de travail.

Un projet d'accès aux soins a donc été initié à l'Automne 2022, afin d'essayer de proposer des soins programmés de médecine générale aux patients sans médecin traitant, dans le cadre de l'axe « Amélioration de l'accès aux soins » de la CPTS.

3 Question de recherche

Est-il possible de mettre en place des consultations pour les patients n'ayant pas accès à un médecin traitant, dans une zone où le manque de médecin généraliste en activité ne permet pas de garantir un médecin traitant à chacun ?

4 Objectif de recherche

L'objectif est de suivre la mise en place d'un dispositif visant à mettre en place des soins programmés, pour des patients hors parcours médecin traitant, afin d'en évaluer de manière concrète la faisabilité ainsi que les freins et les facilitateurs.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude utilisant la méthodologie de la recherche action. Nous avons choisi cette dernière car nous partons d'une question pour laquelle il n'existe pas ou peu de solutions à l'heure actuelle à notre connaissance. L'objectif est d'étudier la mise en place d'un projet concret sans en connaître la forme finale.

Nous allons suivre la méthodologie de recherche action suivante :

- Identification du problème
- Établissement d'un plan d'action
- Mise en place du plan d'action
- Analyse des données liées à la mise en place du plan d'action

Nous allons décrire chaque étape du processus de réflexion et de mise en place avec une analyse des éléments facilitateurs et des freins que nous avons pu rencontrer et identifier.

Au cours du suivi, nous allons utiliser de façon ponctuelle des enquêtes et des entretiens afin d'évaluer l'intérêt et l'efficacité des plans d'actions que nous envisageons et ainsi d'adapter le projet selon les retours des différents participants.

Les différentes temporalités du projet seront notifiées dans la suite du travail et sont résumées dans l'Annexe 1.

2 Participants et sites

L'étude sera réalisée avec les différents acteurs du projet, notamment l'équipe de coordination de la CPTS DRAC SUD, les médecins généralistes installés dans le secteur de la CPTS, ainsi que les différents interlocuteurs du secteur qui seront amenés à prendre part au projet.

3 Bibliographie

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse des projets similaires pouvant déjà exister en France. Celle-ci s'est basée sur une recherche documentaire avec une analyse bibliographique, sur une recherche via différentes structures nationales et sur une « recherche internet ».

3.1 Analyse bibliographie :

Une recherche a été faite au mois de Septembre 2022 sur PubMed, Lissa, Sudoc. Les 2 équations de recherche sont rapportées ci-dessous.

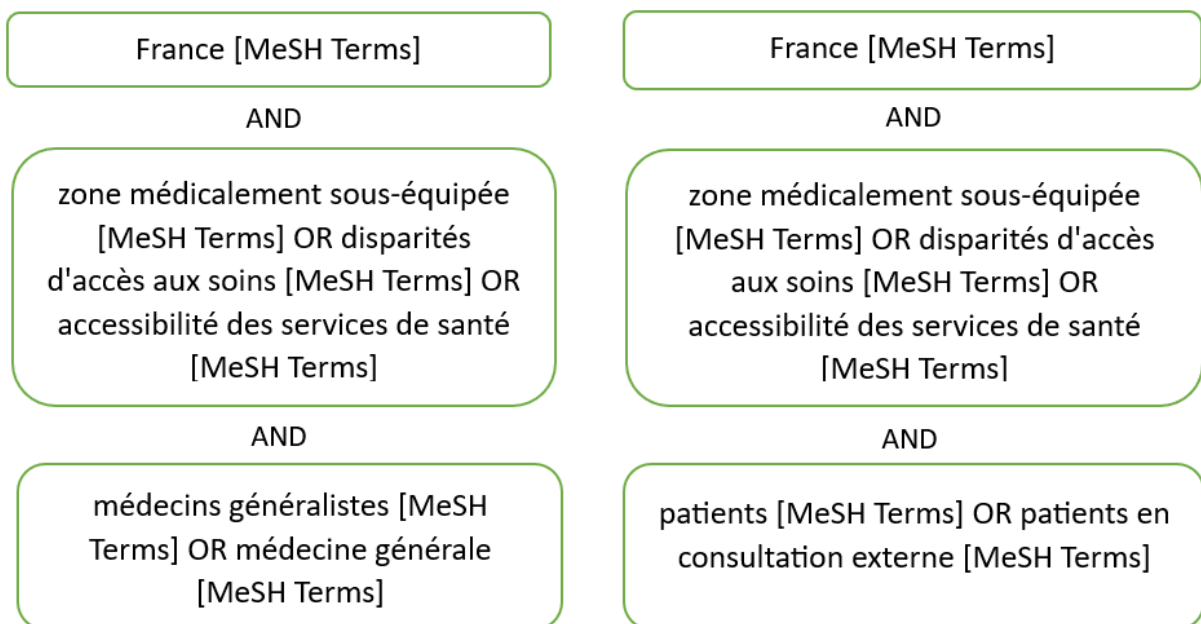


Figure 4 : Équation de recherche

3.2 Structures nationales :

Différentes structures du domaine de la santé ont été sollicitées via leur site internet, mail et téléphone afin de savoir si elles avaient connaissance de projets similaires.

3.3 Recherche en ligne :

Une recherche via le moteur de recherche Google a été réalisée afin de trouver des structures déjà existantes sur le même mode de fonctionnement que celui de notre projet.

4 Questionnaire

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par le biais d'un questionnaire de recrutement (Annexe 2) hébergé par Drag'n Survey. Ce dernier a été diffusé aux médecins généralistes adhérents de la CPTS via la liste de mail de cette dernière sur la période Décembre 2022 – Janvier 2023.

Il était accompagné d'un préambule afin de présenter le projet.

Le questionnaire contenait une partie libre afin de recueillir le sentiment des médecins sur ce projet, l'ensemble de ces réponses a été reporté tel quel (Annexe 3) et l'anonymisation s'est faite en retirant les noms et tout élément qui aurait pu être identifiant – direct ou indirect. Tous les noms ont été remplacés par un code, type « Q1 » qui a été utilisé pour faire référence à ce questionnaire.

5 Entretien

Un entretien semi dirigé sous forme de focus groupe hétérogène a été réalisé en Mai 2023, en utilisant la technique du questionnement. Cet entretien a été réalisé et enregistré sur Zoom afin de faciliter sa réalisation du fait du nombre de participants.

Un guide d'entretien a été réalisé au préalable (Annexe 4).

L'entretien a été retranscrit mot à mot (Annexe 5), le plus fidèlement possible grâce à un logiciel de traitement de texte.

L'anonymisation s'est faite en retirant les noms et tout élément qui aurait pu être identifiant – direct ou indirect. Tous les noms ont été remplacés par un code, type « E1 » qui sera utilisé pour faire référence à cet entretien.

RÉSULTATS

Identification du problème

1 Un manque de médecin généraliste

Le territoire de la CPTS voit son nombre de médecins généralistes diminuer depuis quelques années. On en comptait 45 en 2018, 39 en 2022 et 31 au début de l'année 2024. Le tableau 1 permet de mettre en relation ces chiffres avec d'autres échelles.

Les chiffres nationaux et départementaux sont issus de l'Atlas de la démographie médicale du CNOM, respectivement de 2018 ⁽⁵⁾ et de 2023 ^(1, 6). Les chiffres régionaux ont été calculés selon les sources de l'INSEE ^(7, 8) et de la DREES ⁽⁹⁾. Les chiffres de la CPTS ont été calculés selon les sources de l'URPS Auvergne Rhône Alpes ⁽¹⁰⁾ et les données de la CPTS.

	National	Auvergne-Rhône-Alpes	Isère	CPTS
2018	126	126	137	92
2023	120	122	129	70

Tableau 1 : Comparatif de la densité des médecins généralistes en activité régulière (pour 100 000 habitants)

La résultante de ces chiffres est matérialisée par le fait que la commune d'Échirolles est classée en Zone d'Action Complémentaire par le zonage de médecine générale de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ⁽¹¹⁾. Cela correspond à un territoire impacté par le manque de médecin où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore. Sur cette commune, 2 quartiers (Les Essarts – Surieux et Village Sud) sont même classés en Zone d'Intervention Prioritaire, ce qui correspond aux territoires les plus durement impactés.

2 Un territoire avec une population présentant des caractéristiques particulières

Les caractéristiques de la population du bassin de la CPTS ont été décrites par la comparaison des analyses des besoins sociaux des communes d'Échirolles (2022) et de Pont-de-Claix (2021), avec les données du reste de l'agglomération Grenobloise ^(12, 13). Les principaux traits en lien avec la santé sont résumés ci-dessous. Compte tenu des faibles populations sur les communes de Champagnier et Bresson, nous n'avons pas de données à analyser.

2.1 Démographie

La population est marquée par une surreprésentation des enfants (+ 3.9%) et des plus de 60 ans (+ 1.2%) et à contrario les 15-29 ans y sont sous représentés (- 5.6%).

2.2 Catégories socioprofessionnelles et emploi

Les ménages sont plus modestes que dans le reste de l'agglomération avec 61% de la population active travaillant comme ouvrier ou employé (+ 10.8%) et une présence moindre de cadres et professions intellectuelles supérieures (- 14.3%).

Le nombre de personnes inoccupées regroupant les personnes inscrites au chômage en catégorie A, ainsi que les personnes sans emploi non inscrites à Pôle Emploi s'élève à 16.6% (+ 3.6%). Parmi les personnes exerçant un métier, le pourcentage d'emploi précaire est plus important.

2.3 Précarité

Il existe une précarité plus importante avec 21.5% (+ 7.5%) des ménages vivant sous le seuil de pauvreté.

2.4 Santé et handicap

Il existe un taux d'ALD supérieur au reste de l'agglomération (+ 2.4%) avec une surreprésentation du diabète, de l'asthme et des pathologies psychiatriques. Le nombre de personnes couvertes par la Complémentaire Santé Solidaire est élevé du fait de la précarité (+ 7.7%).

2.5 Barrière de la langue

De nombreux praticiens sont confrontés dans leur pratique courante à des consultations assez régulières avec des patients ne parlant pas français exposant à des difficultés au cours de ces dernières.

3 Les structures de soins sur le territoire

3.1 Structures au sein desquelles exercent des médecins traitants

La Maison de Santé "Les essarts - La Bute" sur la commune d'Échirolles, elle compte 3 médecins généralistes libéraux.

Le Centre de Santé "Le village 2 Santé" sur la commune d'Échirolles, elle compte 5 médecins généralistes salariés.

Le Centre de santé Oxance sur la commune d'Échirolles, il compte 2 médecins généralistes.

Les 21 médecins généralistes restant exercent une activité libérale en cabinet privé, 7 sont installés sur la commune Pont-de-Claix, 14 sur celle d'Échirolles.

3.2 Structures au sein desquelles exercent des médecins spécialistes

Le centre hospitalier de l'hôpital Sud - CHUGA sur Échirolles, présente une activité médico-chirurgicale, une activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ainsi qu'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

La Clinique des Cèdres sur Échirolles est une structure privée avec une activité médico-chirurgicale.

La Clinique KORIAN Les Granges sur Échirolles est une structure privée avec une activité de SSR.

Les Centres médico-psychologiques Adultes et enfants sur la commune d'Échirolles.

3.3 Structures de soins non programmés

La structure SOS Médecin 38 est installée sur la commune d'Échirolles. Elle a pour mission de participer à la continuité et à la permanence des soins, à ces fins elle propose une activité de soins non programmés 24h/24 et 7J/7. Elle compte 27 médecins généralistes.

Le Service d'Accueil des Urgences de la clinique des Cèdres est situé sur la commune d'Échirolles, il est ouvert 24/24 et 7J/7. Il propose une activité médico-chirurgicale.

Le Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Sud - CHUGA est situé sur la commune d'Échirolles, il est ouvert de 8h à 20h et 7J/7. Il présente comme caractéristique d'être dédié à la prise en charge des urgences traumatologiques.

4 Conclusion

Le territoire de la CPTS DRAC SUD est donc marqué par plusieurs problématiques, le manque de médecin généraliste qui amène à un nombre important de patients sans médecin traitant, auquel s'ajoute une population présentant des caractéristiques de vulnérabilité médico-sociales plus importantes qu'ailleurs.

Le territoire de la CPTS est plutôt bien pourvu en termes de soins non programmés avec la structure de SOS médecin 38 ainsi que les 2 SAU. Au fil du temps, ces dernières ont vu la part de patient amenée à consulter pour des motifs relevant des soins programmés considérablement augmenter et empiéter sur leur mission première qui est celle des soins non programmés.

Cette situation débouche pour une part de la population à un accès tardif aux soins, des ruptures de parcours ou à un renoncement aux soins.

Établissement d'un plan d'action

1 Analyse des projets similaires déjà existants

Dans un premier temps, nous avons souhaité savoir si des projets similaires existaient déjà afin de pouvoir prendre contact avec ces derniers.

L'objectif était de recueillir des informations sur le fonctionnement de ces structures, les différents points à aborder ont été définis au préalable et étaient les suivants :

- Quels types de locaux sont utilisés ?
- Quels types de praticiens y travaille : médecins installés ? Retraités ? Interne ?
- Comment se fait le recrutement des patients ?
- Combien de jours de consultation sont assurés par semaine ? Combien de consultation par jour ?
- Quel type de rémunération : salariat ? Libéral ?
- Comment se passe la prise en charge administrative ?
- Comment s'organise la gestion du matériel médical ?
- Comment se déroule le suivi des patients, notamment sur des prises en charge ambulatoires urgentes / semi urgentes ?
- Quel est le retour des médecins participants aux projets : quels sont les problèmes rencontrés, quel est le sentiment des praticiens ?

Cette analyse a été menée en Aout / Septembre 2022.

1.1 Recherche bibliographique

Elle n'a pas permis d'identifier de structures déjà existantes.

1.2 Structures locales et nationales

Dans un second temps, nous avons contacté les différentes structures locales et nationales.

Cette sollicitation s'est faite dans un premier par mail, avec relances et lorsque les différentes tentatives de contact par mail ne se sont pas avérées concluantes et lorsque cela était possible, un contact par téléphone a été entrepris.

Au niveau local, les différentes structures qui ont été sollicitées étaient les suivantes :

- Conseil de l'ordre des médecins de l'Isère : Réponse par mail, pas de connaissance de projet existant
- CPAM de l'Isère : Réponse par mail, pas de connaissance de projet existant
- ARS Auvergne Rhône Alpes : Réponse par téléphone, pas de connaissance de projet existant
- Département de l'Isère : Réponse par mail, pas de connaissance de projet existant

Au niveau national, les différentes structures qui ont été sollicitées étaient les suivantes :

- UNPS : Réponse par mail, pas de connaissance de projet existant
- Syndicats de médecins (CSMF, FMF, MG France, SML, UFML-S, AVENIR SPE – LE BLOC) : 4 réponses par mail, 2 sans réponse, pas de connaissance de projet existant
- Conseil national de l'ordre des médecins : pas de réponse

1.3 Recherche en ligne

Dans un dernier temps, une recherche sur internet via le moteur de recherche Google a été effectuée afin d'identifier des structures déjà existantes.

Cette dernière a permis via des articles de presse publiés dans des journaux, d'identifier 3 projets déjà existants correspondant à notre recherche et nous les avons donc contactés.

1.3.1 Modèle SAS

Un premier projet organisé dans le Loiret consistait à un système similaire au SAS avec mise en place d'un télésecrétariat permettant de réorienter les patients vers des cabinets de médecine générale sur des plages de consultations mises à disposition de ce service.

Ce modèle existant déjà sous la forme du SAS et ne correspondant pas à notre projet, nous n'avons pas exploré plus profondément son fonctionnement.

1.3.2 Modèle hospitalier

Une structure au sein d'un hôpital a été identifiée à La Roche-sur-Yon, dans le département de la Vendée, l'activité se fait au sein de locaux mis à disposition par les hôpitaux.

Les médecins qui y travaillaient étaient des médecins généralistes en activités ou retraités volontaires, des remplaçants, qui venaient effectuer des vacations sur des journées de consultation.

Le recrutement des patients était tourné principalement vers les patients sans médecin traitant, mais les patients hors lieu de résidence étaient également accueillis. L'activité était principalement tournée vers du soin non programmé, choix voulu par le centre hospitalier afin de désengorger son service d'urgence. Celui-ci a été facilité par la mise en place d'un numéro de téléphone de régulation.

Le nombre de consultations effectuées par semaine variait selon le nombre de médecins présents avec globalement une présence quotidienne.

Tous les médecins y travaillant étaient salariés par les hôpitaux. Une subvention de l'ARS a été obtenue afin de soutenir le projet.

La prise en charge administrative était effectuée par le CH puisque l'activité s'y faisait en son sein. Le matériel médical était également pris en charge par le CH.

Il n'y avait pas vraiment de suivi des patients dans ces 2 centres, leur modèle prenant principalement en charge des patients dans le cadre du soin non programmé.

Le retour sur le ressenti des médecins était plutôt bon avec principalement le sentiment de se rendre utile, avec un bémol pour les médecins libéraux pour qui le salaire proposé était parfois un frein.

1.3.3 Modèle « de ville »

D'autres structures dans la région des pays de la Loire ont été identifiées, notamment 3 projets sur les communes de Laval, Cholet et Le Mans qui sont en fait issu d'un projet initié en 2017 à Laval, qui s'est ensuite transposé dans les 2 autres communes.

Ils étaient tous portés par un groupe mutualiste (VYV3 Pays de la Loire) qui s'est associé sur les différentes communes avec les différents acteurs de terrain pour mettre en place des structures afin de proposer des consultations pour les patients sans médecins traitants.

Après contact avec la chargée de projet au sein de VYV3 Pays de la Loire, les informations sur le mode de fonctionnement ont pu être récupérées.

Les locaux étaient mis à disposition par les villes/agglomérations/départements respectifs du lieu des différents centres, avec des charges locatives qui restaient à leur charge. Des subventions ont pu être obtenues par les structures, notamment de la région et de l'ARS.

Les praticiens étaient principalement des médecins retraités, mais également des médecins en activité ou qui travaillaient en milieu hospitalier avec également des internes selon les centres.

Les patients accueillis étaient uniquement des personnes sans médecin traitant, avec une activité mixte entre soins programmés et créneaux d'urgence.

Les différents centres étaient ouverts du lundi au vendredi, avec des journées de consultation en moyenne de 8h30 à 19h. Leur planning fonctionnait sur un système de demi-journées avec possibilité de faire des journées complètes.

L'activité était uniquement salariée, avec une rétrocession qui était faite sur l'ensemble du chiffre d'affaires des médecins de la semaine qui était ensuite répartie à part égale entre chaque médecin.

Pour ce qui était de la prise en charge administrative, un secrétariat téléphonique dédié au projet a été mis en place, pour la gestion de la partie administrative pré rendez-vous. Ils avaient également dans chaque centre un secrétariat en présentiel, ouvert sur toute l'amplitude de consultation. Une mise en place d'une prise de RDV en ligne a été essayée, mais a été abandonnée du fait de la difficulté liée au grand nombre de primo consultant.

Un médecin coordinateur rémunéré était présent sur chaque site.

Le matériel médical « standard » était mis à disposition des médecins, à la charge du centre.

Pour le suivi des patients, lors des situations non urgentes et lorsque c'était possible, les patients revoyaient le même médecin. Dans les autres cas, ils étaient vus par n'importe quel médecin.

Tous les médecins étaient intéressés par la pratique dans les différents centres, un de leur retour positif était de pouvoir recevoir une patientèle différente de celle vue habituellement dans leur cabinet. Le système de secrétariat avec une prise en charge complète administrative et de la facturation était un atout. L'autre point positif était de pouvoir travailler en groupe.

Parmi les points négatifs, quelques médecins n'étaient pas satisfaits du système de rémunération, et également parfois des problèmes de cohésion d'équipe.

Après discussion avec la chargée de projet, leur modèle tel que mis en place, a mis 6 mois pour se mettre en route correctement, un an pour être à l'équilibre économiquement.

Parmi leur 3 centres, seul le dernier (Le Mans) a été mis en place avec le concours d'une CPTS.

1.3.4 Suivi de nouveaux projets similaires

Nous avons suivi la création de différentes structures dans la période d'Octobre 2022 à Décembre 2023. La liste des différents projets recensés ainsi que leurs principales caractéristiques est disponible en Annexe 5.

Au cours de cette période, nous avons recensé 5 projets dans le cadre d'un établissement hospitalier (Avesnes-sur-Helpe, Vierzon, Montmorillon) dont 2 en collaboration avec des villes (Figeac, Albi). Nous avons également relevé 5 projets sur le modèle « de ville », 2 dans le cadre d'une CPTS (Vitré, Bretenoux) et 3 dans celui d'une association (Ajain, Cahors, Le Havre).

Les locaux sont mis à disposition par les centres hospitaliers ou par les villes selon les modèles.

Les praticiens sont majoritairement retraités dans ces dispositifs.

Les patients sont principalement pris en charge dans le cadre des soins programmés et quelques centres ont également des plages de consultation pour des soins non programmés.

Le mode de rémunération est à majorité salarié, hormis pour les 2 projets dans le cadre des CPTS et dans une structure en partenariat avec une association.

Nous n'avons pas noté d'autres types de fonctionnement divergeant des deux modèles précédemment identifiés.

2 Recherche d'un lieu de consultation et des modalités d'organisation possibles

Nous avons recherché sur le territoire de la CPTS différentes solutions afin de mettre en place notre projet à la fois avec un lieu physique permettant de réaliser les consultations, mais également en réfléchissant aux modalités logistiques liées à ces lieux. Pour cela, nous avons contacté différents partenaires implantés sur le territoire.

Une première recherche a été menée sur la période Octobre - Novembre 2022 auprès des structures municipales, de la structure Oxance et dans les cabinets des médecins généralistes.

Une seconde recherche a été menée sur la période Décembre 2023 - Mars 2024, il s'agit du département de l'Isère, du village 2 santé et du CHUGA.

2.1 Les structures municipales

- Locaux

La CPTS ne disposant pas de lieu propre pouvant être utilisé à des fins de consultation médicale, nous avons donc sollicité la mairie d'Échirolles et de Pont-de-Claix, ainsi que le département de l'Isère qui nous a répondu n'avoir pas de locaux qui pourraient être mis à disposition du projet.

La mairie d'Échirolles nous a réorienté vers le CCAS d'Échirolles, ce dernier nous a répondu pouvoir mettre à disposition un local au sein de la résidence autonomie Maurice Thorez.

Nous avons pu visiter ce local qui n'était pas utilisé à visée médicale, mais pouvait être aménagé.

- Type de rémunération

La première option était celle d'une activité libérale par les médecins qui interviendraient lors des consultations et qui factureraient donc en leur propre nom.

La seconde option était de pouvoir salarier les médecins. Nous avons donc exploré les différentes possibilités qui se sont avérées impossibles à mettre en place et qui sont détaillées dans le paragraphe *Avantages et limites des modèles*.

- Prise en charge administrative

Nous avons besoin d'un secrétariat pour la gestion des consultations. La solution avancée était de l'organiser au sein de la CPTS, soit par une personne déjà salariée de la CPTS soit en embauchant quelqu'un afin de réaliser cette mission.

Nous aurions souhaité la mise en place d'un secrétariat physique, mais du fait d'un manque de place dans le local proposé cela n'était pas réalisable.

- Gestion du matériel médical

Les locaux étant vides, nous devions donc équiper ces derniers en termes de matériel médical et de logiciels nécessaires à l'activité de consultation.

2.2 Oxance

Il s'agit d'un organisme à but non-lucratif avec des centres de santé polyvalents implantés sur 10 départements, dont un en Isère sur la commune d'Échirolles.

Après échange avec cette dernière, nous avons pu les rencontrer afin d'explorer les possibilités de réalisation en partenariat avec eux.

- Locaux

Le centre est implanté sur la commune d'Échirolles, dans le quartier prioritaire de La Luire, et réalise des consultations médicales ainsi que dentaires. 2 médecins travaillent déjà dans ce centre, à raison de 1 journée par semaine chacun, les locaux sont donc libres 3 jours par semaine et adaptés à la consultation médicale.

- Type de rémunération

Les médecins y travaillant sont salariés de la structure, la rémunération dans le centre de santé Oxance est calculée au prorata du nombre de consultation effectuée, le même mode de rémunération pourra donc être proposé aux médecins intervenants dans le cadre de notre projet.

- Prise en charge administrative

Un secrétariat médical est présent sur place avec une gestion des rendez-vous ainsi que de la facturation des consultations.

- Gestion du matériel médical

Tout le matériel médical ainsi que les logiciels nécessaires à l'activité de consultation sont pris en charge par le centre et à disposition des praticiens.

2.3 Au sein des cabinets des médecins généralistes

Une dernière solution qui a été imaginée était de proposer aux médecins de consulter au sein même de leur cabinet et donc d'accueillir les patients dans leur propre cabinet lors de leur journée de consultation dédiée au projet. Cette solution avait l'avantage de s'affranchir des différentes problématiques liées aux consultations dans un lieu dédié.

2.4 Département de l'Isère

Ce dernier nous a répondu ne pas être dans la possibilité de nous soutenir dans notre projet, leur modèle de développement actuel étant plutôt celui de centres de santé départementaux avec des médecins généralistes déclarés médecins traitant des patients suivis.

2.5 Village 2 Santé

Il s'agit d'un projet issu d'une association créée en 2012 qui a permis la création d'un centre de santé communautaire en 2019, proposant une prise en charge avec des médecins généralistes ainsi que des professions paramédicales. Il est situé sur la commune d'Échirolles. Leur mode de rémunération est spécifique, chaque personne employée y est payée selon la même grille salariale, les médecins ont donc un salaire moins élevé qu'ailleurs.

Ils se sont montrés intéressés par notre projet, mais leur centre étant basé sur une approche de quartier, le recrutement des patients que nous souhaitons proposer ne semblait pas s'intégrer dans leur projet. Leur participation pour des patients de leur secteur ou dans un support logistique est en cours de discussion.

2.6 Le Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA)

Le CHUGA possède plusieurs sites, dont un situé sur la commune d'Échirolles. Nous les avons donc contactés afin de savoir s'ils seraient intéressés par notre projet et en mesure d'accueillir ce dernier sur leur site d'Échirolles.

Une réunion est prévue avec un responsable administratif afin de discuter du projet.

3 Ressources humaines

3.1 Médecins généralistes en activité sur le territoire

Nous avons décidé de contacter les médecins généralistes via un questionnaire afin de connaître leur avis sur notre projet ainsi que sur leurs préférences sur les différentes modalités logistiques.

3.1.1 Modalités d'investigations

Nous cherchions à connaître l'avis des médecins sur le projet en lui-même, ainsi que leur volonté d'y participer ou non. En fin de questionnaire, nous leur avons demandé de nous donner leur avis sur le projet ainsi que leurs potentielles remarques ou questions.

Les médecins souhaitant y prendre part ont également répondu à des questions sur des modalités de mise en pratique afin d'orienter notre projet selon leurs réponses.

Il a été diffusé en Décembre 2022 et les réponses ont été recueillies en Décembre 2022 - Janvier 2023. Le questionnaire et les réponses sont disponibles en Annexe 2, les avis en Annexe 3.

Sur les 21 médecins de la liste de diffusion de la CPTS, nous avons reçu 15 réponses (un médecin n'ayant répondu qu'à la première question, le nombre de réponses total à l'ensemble des questions suivantes était donc de 14).

3.1.2 Avis sur le projet

L'ensemble des médecins ont jugé le projet utile. Parmi eux, 3 n'ont pas trouvé que les dispositions que nous présentions étaient cohérentes. 8 personnes ont déclaré être prêtes à y prendre part.

3.1.3 Modalité de mise en pratique

Sur les 8 médecins souhaitant participer, la totalité nous a répondu préférer consulter dans un lieu dédié.

Pour ce qui est de la rémunération, 3 nous ont indiqué préférer le salariat, 1 le libéral et les 4 autres n'avaient pas de préférence. Un médecin nous a signalé préférer le salariat afin de « *ne pas assumer les charges administratives* » (Q1) du projet.

Sur la fréquence à laquelle ils estimaient pouvoir effectuer des consultations, 3 personnes ont répondu pouvoir consulter de façon trimestrielle, 4 de façon mensuelle et 1 de façon bimensuelle.

Cela nous permettait d'estimer pouvoir assurer en moyenne 2 journées de consultations par semaine.

3.1.4 Causes des refus de participation

Parmi les médecins ne souhaitant pas participer, nous avons eu le retour de 4 médecins :

- La surcharge de travail a été rapportée par les 4 médecins, 2 d'entre eux ont mis en avant le problème d'abandonner leur patientèle lorsqu'ils prendraient part au projet.
- Un médecin évoque le fait que cela ne réglerait pas la problématique de l'accès aux soins et du manque de praticien, il déclare également préférer que soit mis en place des mesures en faveur de l'installation et de l'attractivité du territoire.
- Un autre a pointé la problématique du suivi des patients après la consultation.

3.2 Médecins retraités

Au cours de l'été 2023, nous avons été mis en contact via l'ARS avec 2 médecins généralistes néo retraités qui étaient intéressés par notre projet.

Nous les avons contactés afin de leur expliquer les modalités que nous souhaitions mettre en place.

Le modèle de recrutement des patients et de prise en charge leur convenaient.

Leur souhait était de pouvoir continuer à avoir une activité dans le contexte de pénurie de médecin en limitant au maximum les charges administratives que cela pourrait engendrer. En cela, ils souhaitaient avoir une rémunération salariée.

Ils souhaitaient également pouvoir effectuer une demi à une journée de consultation par semaine chacun.

Une médecin retraitée était également intéressée par notre projet, mais souhaitait développer des visites à domicile auprès de patients sans médecin traitant. Un autre projet a donc été développé indépendamment du nôtre.

4 Avantages et limites des modèles

Nous avons pu définir 3 modèles de mise en place de notre projet sur notre territoire. Pour chacun, nous avons évalué les problématiques qui s'imposaient à nous, celles-ci étant résumées ci-dessous.

4.1 Modèle au sein des cabinets des médecins

Celui-ci a rapidement été écarté puisque la totalité des praticiens souhaitant participer ont répondu vouloir un lieu dédié au dispositif. Cela est dû entre autres à la difficulté pour les médecins de refuser de déclarer les patients en tant que médecin traitant lorsqu'ils sont vus au sein de leur cabinet. Une autre raison au choix d'un lieu dédié est la possibilité pour les médecins d'être « *remplacé sur notre activité libérale pendant que nous donnons notre temps libre pour ce dispositif* » (Q1).

4.2 Modèle « structure municipale »

4.2.1 Rémunération

Nous avons réfléchi à plusieurs solutions pour permettre de salarier les médecins qui se sont toutes avérées impossibles à mettre en pratique :

- Les structures municipales ne peuvent pas salarier des médecins en dehors d'une structure de soins.
- La CPTS ne peut pas salarier de médecin.

- Les MSP constituées sous forme de SISA peuvent salarier des médecins. Nous avons contacté la MSP du territoire, mais cela impliquant une charge administrative supplémentaire pour eux, cette piste a été abandonnée.
- De la même façon, le salariat des médecins par un autre médecin s'est avéré être trop lourd sur le plan administratif.

La seule possibilité de rémunération était donc libérale. Cette restriction ajoute aux médecins des contraintes administratives liées à ce mode d'exercice.

Cela ajoute également une autre complication dans l'optique de pouvoir faire intervenir dans notre dispositif des médecins remplaçants ou retraités. Pour les premiers, cela impose de réaliser un contrat de remplacement avec un médecin et que celui-ci ne travaille pas lorsqu'il interviendra dans le projet. Pour les seconds, la reprise d'une activité libérale oblige à la cotisation aux régimes de base, complémentaire vieillesse et ASV sans qu'elle ne génère de points.

4.2.2 Gestion administrative du projet

La totalité de cette gestion reposerait sur la CPTS, avec la nécessité de mettre en place des moyens humains dédiés à cette tâche.

4.2.3 Gestion du matériel médical

Afin de financer l'achat de ce matériel, nous avons sollicité les collectivités ainsi que l'ARS, mais ces dernières n'ont pas répondu favorablement à notre demande de subvention. Nous avons donc envisagé d'utiliser des fonds propres à la CPTS.

4.2.4 Pérennité financière

Du fait de la nécessité d'investissement initial par la CPTS et des coûts liés à la gestion administrative et n'ayant pas pu obtenir de subventions, le modèle économique que nous avons élaboré était à balance négative sur le plan financier.

4.3 Modèle Oxance

Ce modèle nous permettait de proposer une rémunération salariée aux médecins, option qui a été préférée par les médecins lors du questionnaire et qui simplifie la gestion administrative

des médecins ainsi que la sollicitation de médecins remplaçants ou retraités comme vu ci-dessus.

Il avait également comme avantage de déléguer la gestion administrative et du matériel médical à la structure qui salarie les médecins et donc pas la même occasion de s'affranchir de la question de la pérennité financière.

En contrepartie, le projet devenait donc dépendant de cette structure.

4.4 Tableau comparatif des modèles

	Structure de soins	« Structure municipale »
Locaux	Mis à disposition par la structure	À trouver en s'appuyant sur les structures territoriales
Rémunération	Salariée	Libérale
Prise en charge administrative	À la charge de la structure	À mettre en place par les porteurs du projet
Gestion matériel médical	À la charge de la structure	À mettre en place par les porteurs du projet
Type de praticiens	Non limité	Limitation de l'ouverture aux médecins remplaçants et retraités

Tableau 2 : Comparatif des modèles de mise en place

5 Choix du modèle et définition du plan d'action

Nous avons retenu le modèle en collaboration avec Oxance du fait des nombreux avantages qu'il offrait.

Sur la période de Février – Avril 2023, nous avons travaillé sur l'organisation du projet dans le cadre de ce partenariat.

Pour cela, nous avons identifié différents points importants qu'il nous semblait important de définir avec les différents acteurs afin de permettre le bon déroulement du dispositif qui sont les suivants :

- Définition du type de patient à accueillir lors du projet

- Établir la durée des consultations pour les patients primo venants
- Discuter de la possibilité d'augmenter la durée des ordonnances
- Définir comment se passe la gestion du retour des examens prescrits au cours des consultations
- Discuter de la gestion des retours des examens urgents nécessitant un avis sans délai

Nous avons également réfléchi à différents éléments que nous pouvions mettre en place afin de faciliter les consultations :

- Mise en place d'une fiche de pré consultation à remettre aux patients avec les différents documents médicaux à amener lors de la consultation
- Mise en place d'une biologie pré consultation

À l'issue de cette période, nous avons organisé un entretien avec les médecins et les personnes responsables du centre d'Oxance afin de discuter avec eux de ces différents points au mois de Mai 2023.

Après cet entretien, nous avons prévu de définir les modalités de mise en place du projet grâce aux retours des différents acteurs ainsi que de répondre aux problématiques qui pourraient émerger puis de lancer le projet de manière effective.

Mise en place du plan d'action

1 Type de patients

Notre réflexion initiale était de pouvoir proposer le dispositif à tous les patients sans médecin traitant du territoire. Au cours de l'avancée du projet, et devant l'augmentation du nombre de patients sans médecin traitant, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de ce choix.

Nous avons décidé de restreindre dans un premier temps l'accès au dispositif aux patients en ALD, choix renforcé par la demande de l'Assurance Maladie de prendre en charge en priorité ces personnes.

Cette décision impliquait une augmentation de la durée des consultations et donc une diminution du nombre de consultations. Nous avons calculé le nombre de consultations que nous estimions pouvoir proposer sur une année en se basant sur une fourchette d'une journée et demi de consultations par semaine en moyenne, avec 14 consultations par jour. Cette estimation nous permettait d'envisager environ 1100 consultations par an.

Au début de l'année 2023, le territoire de la CPTS comptait 469 patients en ALD. Il était donc théoriquement possible de proposer entre 2 et 3 consultations par an à ces patients selon le nombre de patients participants.

La CPTS réalise depuis 2021 un listing des patients sans médecin traitant avec l'aide de la CPAM. Cela nous permettait d'avoir la liste exhaustive des patients sans médecins traitants et de ceux en ALD afin de les contacter.

2 Organisation

Différentes thématiques ont été abordées afin de simplifier et de fluidifier le travail des médecins généralistes lors des consultations, et également de définir certains points d'organisation pour s'assurer du suivi des patients.

2.1 Fiche pré consultation

Nous avons proposé la mise en place d'une fiche de pré consultation à transmettre aux patients avec les différents documents à amener lors de la consultation afin que les médecins

disposent du maximum d'information (anciens dossiers médicaux, dernières ordonnances et biologies, courriers de spécialistes...).

Cette mesure a été jugée utile par l'ensemble des intervenants et a donc été mise en place. La fiche sera transmise par la CPTS directement aux patients ou à leur famille avant leur consultation.

2.2 Durée de la consultation

La durée des consultations habituelles pour les médecins généralistes travaillant chez Oxance est de 20 minutes par consultation. A minima lors du début du projet, les consultations seraient un premier contact avec des patients qui n'auront pas de suivi régulier. Le choix de prioriser les patients en ALD impliquait également un suivi de pathologie chronique, souvent multiple, et donc des consultations plus chronophages.

Les médecins ont d'ailleurs signalé que les modalités proposées impliquaient « *des consultations longues, complexes, [...] ça va être du travail lourd* » (E3), en lien avec « *des patients difficiles* » (E1).

Nous avons donc proposé d'augmenter la durée des consultations.

Les médecins étaient d'accord avec cette mesure, estimant que « *la consultation elle va durer 45 min* » (E6).

2.3 Ordonnances

Nous avons également proposé la réalisation d'ordonnance de 6 mois lorsque le contexte le permettait afin de maximiser le nombre de patients pouvant être vu dans notre dispositif.

La question de cette possibilité en l'absence de médecin traitant nous a été posée au cours de la réunion.

Après vérification, le code de la santé publique autorise la prescription des médicaments des listes I et II pour une durée allant jusqu'à 12 mois⁽¹⁴⁾. La CPAM nous a confirmé cette possibilité de prescrire des ordonnances de plus de 3 mois.

2.4 Biologie

Nous avons eu l'idée de mettre en place une biologie « type » que les patients réaliseraient avant leur consultation afin de disposer de résultats récents et de simplifier la prise en charge des patients.

Nous avons donc contacté les différents laboratoires médicaux à Échirolles et Pont-de-Claix. Parmi ceux-ci, les médecins référents du laboratoire ORIADE NOVIALE LES CEDRES nous ont répondu favorablement et nous avons élaboré avec eux une biologie type ainsi que des analyses complémentaires à réaliser selon les pathologies des patients (Annexe 6).

D'un point de vue logistique, la liste des patients étant amenés à être vus en consultation leur serait transmise par la CPTS et les résultats seraient transmis à Oxance afin que les médecins puissent les avoir à leur disposition au cours de la consultation avec le patient.

Les médecins ont été favorables à cette idée, mais la question de la prise en charge en cas d'anomalie urgente sur ces prises de sang réalisées sans médecin référent a été soulevée. Le laboratoire faisant partie d'une structure hospitalière comprenant une structure d'urgence, nous avons pu convenir que ces résultats soient traités en interne via une convention de partenariat.

2.5 Suivi des examens complémentaires

La question de la gestion du retour des examens prescrits au cours des différentes consultations a été posée, avec le choix entre la gestion par le même médecin et la gestion par le médecin assurant la prochaine permanence.

Les praticiens ont trouvé « [...] *compliqué de gérer un résultat d'examen si on ne se souvient pas du dossier et qu'on n'y a pas accès* » (E2).

La solution de la gestion de ces derniers par le prochain médecin intervenant au sein de la structure a été retenue.

2.6 Continuité des soins

Une des remarques qui nous a été faite était celle de la continuité des soins et donc de la nécessité d'une « [...] *présence régulière d'un médecin, au minimum une fois par semaine* ».

Les estimations de capacités de consultation nous permettaient d'estimer cela possible et les contacts avec 2 médecins retraités que nous avons eu au décours de la réunion nous a conforté dans cette possibilité.

3 Rémunération

Le contrat de salariat d'Oxance était basé sur une rémunération de 45% brut, soit 34% net du chiffre d'affaires réalisé par les médecins. Dans notre contexte de consultations longues, sur une base de 14 consultations par jour, cela correspondait à une rémunération de 118€ net par journée (basée sur des consultations à 25€ à l'époque).

Ce salaire a été jugé « [...] *pas du tout attractif* » (E1) et dans l'ensemble les médecins nous ont signifié vouloir « [...] *participer au truc mais à la fois à un moment il faut s'y retrouver aussi* » (E2).

Deux axes de réflexions ont été suivis afin d'essayer d'améliorer le salaire qui pourrait être proposé aux médecins.

Le premier devait être réfléchi en interne par la structure Oxance afin de savoir s'il était possible de mettre en place des contrats de vacations qui seraient plus avantageux. Nous n'avons pas réussi à obtenir de retour sur ce point-là.

Le second était d'obtenir des subventions afin de rendre plus attractif notre projet. Nous avons donc contacté la CPAM qui nous a répondu ne pas pouvoir fournir de subventions. Nous avons également contacté l'ARS, mais cette dernière participant déjà au financement de la CPTS, elle nous a répondu ne pas pouvoir subventionner le projet.

Après discussion au sein du bureau de la CPTS, il a donc été décidé de mettre en place un complément au salaire versé par Oxance pour chaque vacation effectuée par les médecins afin de rendre le projet viable.

4 Mise en place du projet

Les différentes recherches de solutions suite à la réunion ont été faites sur la période de Juin - Juillet 2023.

A l'issue de cette période, nous estimions avoir fixé les modalités du projet et répondu aux différentes problématiques qui avaient été soulevées et nous souhaitions donc pouvoir lancer le projet de manière effective.

Nous sommes donc retournés vers Oxance afin de leur présenter les différentes mesures qui avaient été prises et les réponses apportées aux questions issues de la réunion.

Ces derniers nous ont répondu avoir des problèmes d'ordre administratif avec les contrats qui pourraient être proposés avec les médecins et avoir besoin de temps pour régler cela. La possibilité de salariat de médecins dans le cadre notre projet nous ayant toujours été assuré au cours de nos nombreux échanges, nous avons souhaité connaître les causes de ce frein.

Malgré de nombreuses relances de notre part, nous n'avons pas réussi à obtenir d'éclaircissement sur les causes exactes de ce blocage, une date limite pour obtenir une réponse de leur part a donc été fixée à Février 2024, date à laquelle ils nous ont finalement communiqué leur décision de ne pas participer au projet.

Causes d'échec du projet et recherche de solutions alternatives

1 Causes d'échec du projet

1.1 Fixation sur une seule solution

La première raison à cet échec a été de ne pas avoir exploré plus de pistes pour notre projet et de n'avoir retenu qu'une seule modalité de mise en place. En continuant à chercher d'autres possibilités d'accueil du projet, nous aurions pu avoir d'autres solutions vers lesquelles se tourner.

1.2 Choix d'un modèle en partenariat avec une structure

Ce choix a permis de nous affranchir de nombreuses problématiques sur le plan organisationnel ainsi que de pouvoir proposer le salariat, mais cela a également rendu le projet dépendant de la bonne volonté de cette dernière.

1.3 Difficulté liée au modèle « de ville »

Nous n'avons pas pu trouver de locaux déjà adaptés à la consultation médicale et nous avons à notre charge la partie financière et logistique du projet. Nous n'avons pas pu trouver de moyen de salarier les médecins. Ces problématiques nous ont freinées dans l'exploration de ce modèle.

1.4 Oxance

Leur volonté de s'engager dans le projet et leur participation aux différentes étapes du projet a contrasté avec l'absence de réponses ultérieures lorsque nous avons voulu effectuer le lancement puis à leur désistement.

2 Solutions alternatives

Comme évoqué dans la partie *Etablissement du plan d'action*, nous avons mené de nouvelles recherches auprès d'autres acteurs de soins du territoire afin de trouver une solution pour permettre au projet de voir le jour.

La piste du département de l'Isère ainsi que celle du Village 2 Santé n'ont pas permis d'apporter de solution.

Celle en lien avec le CHUGA est en cours et une réunion avec un responsable administratif de l'hôpital est prévue afin de discuter avec eux d'une possibilité de mise en place.

DISCUSSION

1 Les résultats principaux

Est-il possible de mettre en place des consultations pour les patients n'ayant pas accès à un médecin traitant dans une zone où le manque de médecin généraliste en activité ne permet pas de garantir un médecin traitant à chacun ?

Dans le cadre de notre projet, nous n'avons pas réussi à mettre en place pour le moment de telles consultations.

Malgré cela, nous avons pu réunir les moyens humains et définir l'organisation nécessaire à sa mise en place, la question de la structure d'accueil restant encore en suspens.

Nous avons pu noter que des projets existaient lorsque le nôtre a débuté, et d'autres ont vu le jour depuis et sont viables, cela est donc possible.

2 Les forces et limites de notre étude

2.1 Forces

Nous avons pu suivre le projet et prendre part à son élaboration depuis son initiation, nous permettant de suivre et d'analyser chaque étape de son développement.

À défaut d'avoir pu mettre en place notre projet, nous avons pu récolter des informations sur les projets similaires ayant pu aboutir ce qui a permis d'étayer nos résultats.

La problématique de l'absence d'accès à un médecin traitant étant un sujet d'actualité amené à grandir, l'étude de solutions à cette dernière semble importante et n'avait jamais été réalisé à notre connaissance.

2.2 Limites

Le projet n'ayant pas abouti à l'heure actuelle, nous n'avons pas pu réaliser la dernière partie de notre méthodologie visant à analyser les données liées à la mise en place du plan d'action.

L'entretien semi dirigé étant réalisé en distanciel, cela a pu nous faire perdre des éléments de communication non-verbale. Dans ce même entretien, du fait du nombre de participants et

de la durée de la réunion, nous n'avons pas pu interroger individuellement chaque personne sur chaque thématique, ce qui a pu occasionner une perte de données.

3 Les facilitateurs

3.1 Les structures territoriales

Nous avons pu solliciter différentes structures territoriales comme les mairies d'Échirolles et Le Pont-de-Claix, le département de l'Isère. Grâce à l'une d'entre elle nous avons pu avoir à disposition un local pour permettre notre activité, bien que cette option n'ait pas été retenue.

Dans d'autres projets qui ont vu le jour ces structures mettent à disposition des locaux ou offrent des subventions pour permettre le développement des dispositifs.

3.2 L'ARS

Dans d'autres dispositifs, l'ARS soutient les projets via une aide financière qui permet à ces derniers d'être viable. Nous n'avons pas pu obtenir de tels subventions, mais l'ARS a permis de faire le relais auprès de 2 médecins retraités en recherche d'un projet tel que le nôtre.

3.3 Les structures partenaires

La structure Oxance, bien que bloquante à l'heure actuelle dans la réalisation du projet a été présente dès le début du projet et nous a proposé des solutions pour sa mise en place bien que notre projet ne corresponde pas exactement à son mode de fonctionnement habituel.

C'est également le cas de la plupart des projets qui existent, ces structures peuvent prendre différentes formes : centre hospitalier, centre mutualiste, association.

Le laboratoire que nous avons sollicité afin de réaliser une biologie pré consultation et qui nous a soutenu dans cette idée.

3.4 Les médecins

La moitié des médecins interrogés sur leur volonté de participer à un tel projet étaient motivés à cette idée. Malgré différentes problématiques soulevées au cours de la réunion, la plupart nous ont dit continuer à être prêt à participer si nous apportions des solutions aux problématiques qu'ils nous avaient fait remonter.

3.5 La CPTS

Ce projet a été initié par la CPTS et cette dernière a apporté beaucoup de solutions aux différentes problématiques que nous avons rencontrées, tant sur le plan logistique et administratif que financier.

3.6 La prise en charge administrative

La prise en charge de la partie administrative dans son ensemble permet de simplifier l'activité de consultation et de rendre le projet plus attirant pour les médecins.

4 Les freins et perspectives

4.1 Les contraintes financières liées à l'initiation et à la gestion du projet

Dans notre projet, le choix du modèle a été entre autres dicté par un frein financier lié à l'investissement initial nécessaire à certaines mises en place ainsi que des frais ultérieurs restant à la charge de la CPTS en l'absence de subventions. Lors des entretiens avec d'autres porteurs de projets, nombre d'entre eux nous ont fait remonter être soit déficitaires, soit à l'équilibre grâce aux subventions obtenues.

4.2 La rémunération

Nous nous sommes retrouvés dans l'impossibilité de proposer un mode de rémunération sur le mode du salariat sans passer par une structure partenaire ce qui a présenté un premier frein. La question de la facilitation du salariat de médecin généraliste par différents acteurs semble donc être un point important à développer pour faciliter ce genre de projet.

Nous avons également rencontré un problème lié au montant de la rémunération qu'il était possible de proposer aux médecins qui était trop faible et qui a nécessité un investissement de fonds supplémentaires pour permettre d'être attractif. Ce problème était également présent dans de nombreux autres projets avec lesquels nous avons pu échanger. La nécessité d'une sensibilisation des instances à ce type de dispositif semble donc importante pour permettre un soutien financier nécessaire à leur développement.

4.3 Les médecins

Nous avons sollicité des médecins généralistes en activité. Plusieurs d'entre eux nous ont fait remonter, à la fois lors du questionnaire initial, mais également lors de l'entretien, avoir déjà beaucoup de travail et ne pas pouvoir assurer d'autres charges en plus de celles de leur propre cabinet.

Dans de nombreux autres projets, il est apparu que beaucoup de praticiens participants étaient retraités. Cela peut être en lien avec 2 des freins que nous avons rencontrés, à savoir la surcharge de travail et la rémunération insuffisante. Ces problématiques ne s'appliquant pas aux médecins retraités, cela peut expliquer leur surreprésentation dans ces dispositifs.

Une autre ressource médicale pourrait être de solliciter des médecins remplaçants ou dans un avenir de futurs docteur junior de médecine générale, sous réserve de pouvoir mettre en place un agrément de stage dans un tel dispositif.

4.4 Des consultations complexes

Le choix que nous avons fait de prioriser les patients en ALD répondait à un souci de santé publique, mais a pour contrepartie de sélectionner une majorité de patients polypathologiques dont la gestion en consultation est plus complexe et chronophage.

5 Les questions éthiques

L'entretien réalisé avec les médecins a permis de faire remonter certaines remarques concernant les décisions que nous avons prises. En tant que porteur du projet, notre vision était plus globale et plus « managériale » dans l'objectif de pouvoir mener à bien le projet. Le point de vue des médecins a permis d'apporter une autre vision plus centrée sur l'approche patient et de réfléchir sur nos choix et la nécessité de mise en place de modalités afin de garantir aux patients des soins de qualité.

Ces questions sont exposées ci-dessous et une tentative de réponse y a été apportée.

5.1 La question de la priorisation et de l'égalité d'accès aux soins

Le choix que nous avons fait de sélectionner des patients en ALD a soulevé une première question éthique, liée à la « *priorisation [qui] pose vraiment problème aussi* » (E3).

Cette notion est assez récurrente en médecine du fait des limites du système de santé en termes de moyens en regard des besoins de santé.

Elle a été particulièrement prenante lors des premières vagues de COVID, pour l'attribution des ressources médicales aux patients atteints du COVID puis lors des campagnes de vaccination avec un nombre de doses vaccinales initialement limitées.

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a émis un avis lors de cette crise : leur principale réponse éthique était d'augmenter les ressources et d'optimiser les moyens disponibles ⁽¹⁵⁾.

Dans notre contexte, cela s'apparente à l'augmentation de la patientèle des médecins généralistes demandée par le gouvernement et le développement de dispositifs parallèles tel que notre projet.

Mais lorsque cette limite est atteinte, peut-on choisir à quel patient allouer les ressources ?

Une réponse possible est de ne pas prioriser, et donc de décider de donner moins à chaque patient. Ce point de vue a été soutenu par un médecin qui nous a déclaré préférer déclarer tous les patients en médecin traitant quitte à ce que « *les consultations [soient] de plus en plus loin mais tout le monde, toute la population sera servie de la même façon* » (E1).

Cette solution peut amener à une situation de « soins dégradés » du fait de soins de moindre qualité par manque de moyens.

Si l'on choisit de prioriser, se pose alors la question de savoir comment définir les critères le permettant. La réponse apportée par le CCNE est l'allocation des soins aux patients ayant le plus à perdre d'une absence ou d'un retard de soins ⁽¹⁵⁾. Dans notre cas, le critère sélectionné était l'ALD, qui a été retenu vis-à-vis de la fragilité médicale à laquelle il expose le patient.

Cette stratégie expose en contrepartie à une perte de chance pour les patients « non ALD ». Ainsi, « *les gens qui n'étaient pas malades jusqu'à maintenant n'auront plus de suivi vu qu'ils ne seront pas prioritaires* » (E3) et seront plus à même de développer de nouvelles maladies chroniques par défaut de soins.

Ce choix représente un conflit pour les soignants. Il oppose la logique égalitariste selon laquelle il ne peut y avoir de discrimination entre les patients et la logique utilitariste qui vise à utiliser de façon optimale les ressources médicales disponibles.

Ainsi, la question de l'accès aux soins pour tous constitue un véritable défi éthique pour les professionnels de santé à l'heure actuelle.

5.2 La question de l'égalité de qualité de soins

Une autre problématique soulevée est liée au type de dispositif en lui-même, un des médecins nous ayant signifié que la prise en charge que nous proposons « *d'un point de vue éthique elle est à chier* » (E1) car selon lui, les patients « [...] *ont une solution dégradée et que les autres qui ont la chance d'avoir leur médecin traitant toujours, eux ils ont une solution tip top ?* » (E1). Il est vrai que ces dispositifs peuvent ne pas garantir la même qualité de soins du fait des contraintes liées à son organisation (roulement des médecins, présence discontinue). Ce risque existe, mais n'est pas certain, seule l'expérience tirée après mise en place du projet permettra de le confirmer ou non. En ce sens, les retours d'autres projets ont permis de montrer leur bon fonctionnement, notamment sur le suivi des patients.

Par ailleurs, un échange a eu lieu à l'issue de cette remarque et un des médecins a soulevé le fait que « [...] *c'est toujours mieux que rien et puis pourquoi on les prendrait mal en charge ? On ne les prendrait pas en charge comme on aimerait* » (E4).

L'objectif de ce genre de projet est de proposer un suivi médical à des patients n'en bénéficiant pas. Une prise en charge, même possiblement « dégradée », semble en effet plus bénéfique qu'une absence de prise en charge.

Cette question rejoint la précédente sur un point : le développement de tels dispositifs vise à augmenter l'égalité d'accès aux soins, mais il peut sembler légitime de penser qu'il s'agit de « *mettre un peu de la rustine quelque part* » (E6), et donc ne pas être satisfaisant pour certains médecins.

C'est actuellement une question récurrente avec le développement d'autres solutions en cours comme la télémédecine, la délégation d'actes à d'autres professions médicales ou paramédicales.

CONCLUSION

Le système de santé est actuellement en crise et les perspectives d'amélioration existent, mais vont mettre du temps à se mettre en place. L'accès à un médecin traitant est donc problématique à l'heure actuelle. Le développement de solutions alternatives pour permettre d'améliorer l'égalité d'accès aux soins de l'ensemble de la population française semble primordial. Des projets tels que celui que nous avons présenté semblent pouvoir en faire partie.

Ce travail a permis de mettre en exergue que les acteurs de santé sont favorables à ce genre de projet et souhaitent être moteurs de solutions à la problématique de la difficulté de l'accès à un médecin traitant.

Il a permis de montrer qu'il n'existe pas une méthode type qui puisse s'appliquer telle quelle. Chaque projet doit s'adapter aux spécificités de son territoire, tant sur le plan des préférences des acteurs de santé qui y sont présents, mais également selon les structures de soins primaires qui y sont implantées.

Il a mis en avant que ce type de dispositif est difficile à rendre attractif sur le plan financier. Nous avons également relevé des difficultés quant à la possibilité du salariat des médecins en dehors d'une structure de soins.

En ce sens, la participation des instances de santé et une réflexion pour faciliter le salariat des médecins semblent primordiales pour permettre le développement de tels projets.

THÈSE SOUTENUE PAR : Jérémie DESCOMBES

TITRE :

ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF PERMETTANT DE PROPOSER DES CONSULTATIONS DE SOINS PROGRAMMÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE AUX PATIENTS SANS MÉDECIN TRAITANT SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS DRAC SUD

CONCLUSION :

Actuellement, du fait de la baisse constante du nombre de médecins généralistes en activité en France, l'accès à un médecin traitant est devenu de plus en plus difficile, voire impossible dans certains territoires. Cette problématique d'égalité d'accès aux soins fait réfléchir à des solutions alternatives.

Le projet mené par la CPTS Drac Sud, territoire de l'Isère particulièrement touché, vise à mettre en place un dispositif de soins programmés pour les patients sans médecin traitant. Notre étude en recherche action a pour but d'évaluer la faisabilité, les freins et les facilitateurs de ce dispositif. Une identification des problématiques sur le territoire a d'abord été réalisée afin de permettre l'élaboration d'un plan d'action adapté.

Une analyse de projets similaires existants, puis une recherche des ressources matérielle et humaine ont été effectuées notamment via un questionnaire aux médecins généralistes de la CPTS permettant d'identifier 8 médecins libéraux et 2 médecins retraités souhaitant y prendre part. Cela nous a permis de retenir le modèle de fonctionnement en partenariat avec une structure de soins dont la mise en place est facilitée par la possibilité du salariat, la délégation de la gestion administrative et des ressources matérielles.

La mise en place du plan d'action a nécessité la réalisation d'un entretien semi dirigé sous forme de focus groupe hétérogène. Ce dernier a mis en avant des difficultés en lien avec la complexité des consultations et de la faible rémunération en lien avec leur longueur. De même, des questions éthiques ont été soulevées sur la priorisation de certains patients pour l'accès au dispositif et sur l'équité en matière de soins.

Nous avons ainsi pu montrer que la mise en place de tel projet nécessite d'être adaptée aux spécificités du territoire. Les structures territoriales, les structures de soins du territoire et les instances de santé sont des acteurs indispensables pour trouver des solutions à l'élaboration d'un tel dispositif. Le salariat est plébiscité par les médecins mais limitant du fait de la complexité de mise en place en dehors d'une structure de soins.

Ainsi, ce type de projet pourrait être une alternative pour améliorer l'accès aux soins de patients sans médecins traitants. L'assouplissement des contraintes administratives et le soutien des instances de santé semblent nécessaires afin de permettre leur développement et leur mise en place.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 25/03/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'USA

Pr Olivier PALOMBI



LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr Fabrice HERBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE 2023 [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
2. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE 2022 [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Évolution de la population – Bilan démographique 2023 [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7746154?sommaire=7746197#titre-bloc-9>
4. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance>
5. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE 2018 [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
6. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. APPROCHE TERRITORIALE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2023 [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>

8. Institut national de la statistique et des études économiques. Population en 2018 [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5650720>
9. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
10. Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/lserre_38_rapport_SDM_2018.pdf
11. Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Le zonage médecine générale [Internet]. 2022 [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/33680/download?inline>
12. Ville d'Échirolles ; CCAS d'Échirolles. ANALYSE DES BESOINS SOCIAUX 2022 [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: https://www.echirolles.fr/sites/default/files/2023-03/ABS%20Echirolles%202022_2.pdf
13. Ville de Pont-de-Claix. ANALYSE DES BESOINS SOCIAUX 2020/2021 [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.pontdeclaix.fr/sites/default/files/2022-05/files/abs-2020-2021.pdf>
14. Article R5132-21 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045117854
15. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraretti G, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. déc 2020;24(1):165, s13054-020-02891-w.

ANNEXES

Annexe 1 : Timelines

Août - Septembre 2022 : Nous avons réalisé le travail de recherche de projets similaires via une recherche bibliographique, prise de contact avec les structures locales et nationales ainsi que des recherches en ligne

Octobre - Novembre 2022 : Nous avons pris contact avec les différentes structures du territoire afin de trouver un lieu de consultation pour notre projet

Décembre 2022 - Janvier 2023 : Nous avons élaboré et diffusé un questionnaire à destination des médecins généralistes du territoire de la CPTS afin de connaître leur avis sur notre dispositif et leur possible volonté d'y participer

Février - Avril 2023 : Nous avons choisi le modèle de partenariat avec Oxance et avons défini les modalités qu'il était nécessaire de fixer préalablement au début du projet ainsi que réfléchi à des facilitateurs à mettre en place pour le bon déroulement du dispositif

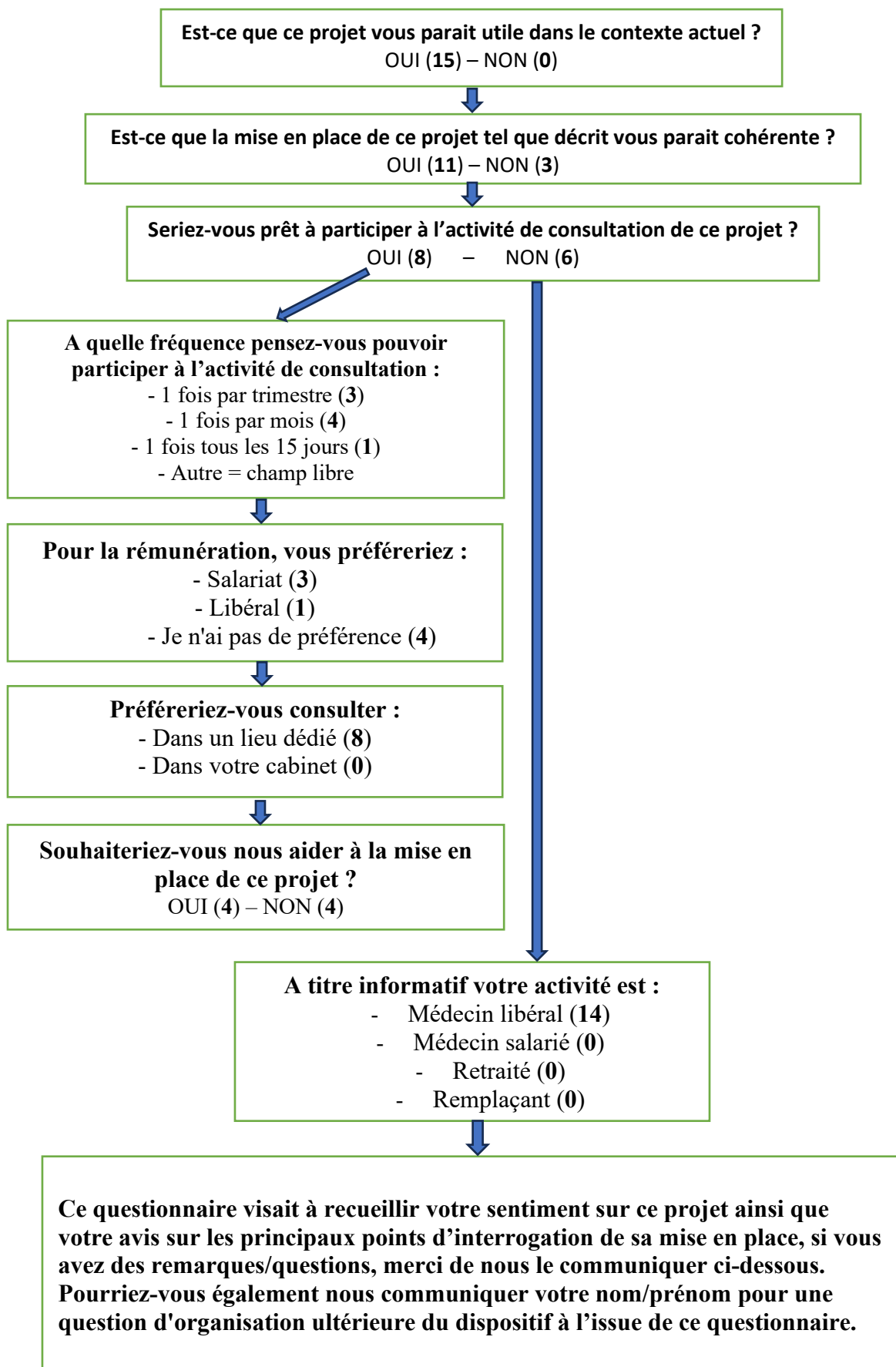
Mai 2023 : Nous avons organisé une réunion avec les différents acteurs du projet pour permettre de définir les modalités que nous avons identifiées ainsi que discuter de possible problématique

Juin - Juillet 2023 : Nous avons défini les solutions nous permettant de mettre en pratique les modalités fixées et apportant une solution aux problématiques soulevées lors de la réunion

Aout 2023 – Février 2024 : Nous avons essayé de lancer le projet de manière effective ce qui n'a pas été possible en pratique du fait de l'absence de réponse de la part de notre partenaire Oxance puis finalement de leur retrait du projet en Février.

Décembre 2023 – Mars 2024 : Nous avons cherché des solutions alternatives à Oxance pour permettre au projet de voir le jour

Annexe 2 : Questionnaire médecins généralistes diffusé de Décembre 2022 à Janvier 2023



Annexe 3 : Recueil des avis du questionnaire en ligne médecins généralistes

Le dernier item du questionnaire était une question ouverte à laquelle les médecins pouvaient répondre avec un champ libre. La question était la suivante :

« Ce questionnaire visait à recueillir votre sentiment sur ce projet ainsi que votre avis sur les principaux points d'interrogation de sa mise en place, si vous avez des remarques/questions, merci de nous le communiquer ci-dessous. Pourriez-vous également nous communiquer votre nom/prénom pour une question d'organisation ultérieure du dispositif à l'issue de ce questionnaire. »

1. Avis parmi les médecins souhaitant participer :

Médecin 1 (Q1) : Pourquoi en salariat et pas en activité libérale : pour avoir la possibilité de cumuler les deux : c'est à dire vraiment faire ça en plus de notre activité libérale, et que l'ARS, la CPAM et le SAS perçoivent bien que nous donnons de notre temps libre pour faire ça en plus de notre activité libérale, et donc de pouvoir être remplacé sur notre activité libérale pendant que nous donnons notre temps libre pour ce dispositif. Sinon ce ne saurait-être que du temps passé à travailler sans prendre en charge nos propres patients qui eux aussi sont dans le besoin de soins dans des délais corrects, voire à l'extrême, à les retrouver dans ce dispositif... De plus cela devrait permettre à celui qui travaille dans ce dispositif à ne pas en assumer les charges administratives.

Médecin 2 (Q2) : Je serai à la retraite dans 5 mois donc probablement disponible. Je suis bien conscient du problème du fait que je n'ai pas de reprenneur de ma patientèle.

2. Avis parmi les médecins ne souhaitant participer :

Médecin 3 (Q3) : Emploi du temps surchargé. Cependant selon les modalités précises du projet je pourrais être amené à vouloir y participer.

Médecin 4 (Q4) : Comme nous n'arrivons déjà pas à répondre à la demande de nos patients en termes de suivi et urgences, je ne vois pas comment me libérer pour consulter sur un autre lieu, cela ne réglera pas la problématique d'accès aux soins et du manque de médecin. J'aimerais pouvoir me dédoubler et répondre d'avantage favorable à toutes ses demandes de soins mais malheureusement nos corps ont leur limite. Je souhaiterais plutôt des mesures

permettant favoriser l'installation de nouveaux confrères sur le territoire ainsi que l'attractivité du territoire. En construisons un cabinet neuf et plus grand nous avons pu accueillir 2 nouveaux médecins.

Médecin 5 (Q5) : Pendant que le/les médecins quitte leur cabinet pour aller dans ce centre qui s'occupe de leur patient ??? En sachant que nous sommes déjà en surcharge et n'arrivons pas à voir nos patients. Qui gère le suivi de bio ? Qui gère le après consultation le suivi ?

Médecin 6 (Q6) : Je travaille à SOS Médecins. Nous sommes déjà débordés dans la gestion des soins non programmés et la prise charge éventuelle de consultations programmées ne peut être qu'une décision de groupe. Je ne peux donc pas m'engager à titre personnel même si j'encourage fortement cette action.

Annexe 4 : Protocole groupe de discussion

Rubriques	Sujets à aborder
Thème 1 : Type de patient	Définir avec les médecins si l'on recrute tous les patients sans médecins traitants ou uniquement les patients en ALD
Thème 2 : Durée des consultations	Définir avec les médecins si l'on augmente la durée des consultations pour les primo venants dans le cadre du dispositif
Thème 3 : Durée des ordonnances	Evoquer avec les médecins la possibilité de réaliser des ordonnances de 6 mois lorsque cela est possible
Thème 4 : Gestion des examens	Présenter la biologie pré consultation aux médecins et recueillir leur avis Discuter de la gestion des examens urgents Discuter de la gestion des examens post consultation
Thème 5 : Confirmer la volonté de participer au projet	Questionner les médecins sur leur volonté de prendre part au projet à l'issue de la réunion

Modérateur : Jérémie Descombes

Annexe 5 : Projets similaires

Nous n'avons pas inclus les projets déjà décrits dans la section I. *Analyse des projets similaires* déjà existants de l'établissement d'un plan d'action.

Date de création du projet	Lieu	Porteur de projet	Mise à disposition des locaux	Type de praticien	Rémunération	Recrutement patients	Nombre journée activité par semaine	Prise en charge administrative et matériel médical	Suivi patient	Subvention
Mai 2022	Avesnes-sur-Helpe (Hauts-de-France)	Centre hospitalier	Centre hospitalier	Médecins retraités et en activité	Salariée	SP + SNP, priorité patients sans MT	5	Centre hospitalier	INC	INC
Avril 2023	Figeac (Lot)	Centre hospitalier / Communauté de communes du Grand Figeac	Centre hospitalier	Médecins retraités	Salariée	2/3 de SP et 1/3 de SNP, priorité patients sans MT	2	Centre hospitalier	Oui	Communauté de commune du Grand Figeac
Mars 2023	Vierzon (Cher)	Centre Hospitalier	Centre hospitalier	Médecins hospitaliers recrutés pour le projet	Salariée	SP, patients sans MT	5	Centre hospitalier	Oui, avec déclaration MT	Non
Juin 2023	Albi (Tarn)	Centre hospitalier / Ville d'Albi / Association des médecins retraités albigeois	Ville d'Albi	Médecins retraités	Salariée	SP et SNP, priorité patients sans MT	5	Centre hospitalier	Oui	ARS, Conseil départemental, Ville
Premier semestre 2024	Montmorillon (Vienne)	Centre hospitalier	Centre hospitalier	Médecin en activité et retraités	Salariée	SP, patients sans MT	5	INC	INC	INC

Date de création du projet	Lieu	Porteur de projet	Mise à disposition des locaux	Type de praticien	Rémunération	Recrutement patients	Nombre journée activité par semaine	Prise en charge administrative et matériel médical	Suivi patient	Subvention
Novembre 2022	Vitré (Ille-et-Vilaine)	CPTS	Ville de Vitré	Remplaçants	Libérale	SNP, priorité patients sans MT	5	CPTS	Non	Mairie
Novembre 2023	Bretenoux (Lot)	CPTS	Ville de Bretenoux	Un médecin libéral	Libérale	SP, patients sans MT	1	CPTS	Non	Non
Novembre 2022	Ajain (Creuse)	Association « Bouge ton coq / Médecins solidaires »	Ville de Ajain	Médecins divers effectuant une semaine de vacation par an	Salariée	SP, patients sans MT	5	Association	Oui, avec déclaration MT	ARS
Juillet 2023	Cahors (Lot)	Association « Agir pour mieux vivre »	Ville de Cahors	Médecins libéraux et retraités	Salariée	SP patients ALD + SNP patients sans MT	5	Association	Oui	Non
2024	Le Havre (Seine-Maritime)	Association « Sextant 76 »	Métropole du Havre	Médecins retraités	Libérale	SP, patients ALD sans MT	5	INC	INC	Métropole, Association, ARS

Lorsque les informations n'ont pas pu être récupérées auprès des porteurs de projet, l'acronyme INC (Information Non Connue) a été utilisée.

Annexe 6 : Biologie type pré consultation laboratoire

Biologie type	NFS Na ; K Créatinine ; Urée ASAT ; ALAT ; GGT ; PAL GAJ EAL
Diabétique	– GAJ + Hba1c + Microalbuminurie sur échantillon
HTA	+ Protéinurie sur échantillon
Dysthyroïdie	+ TSH
Insuffisant cardiaque	+ Nt pro BNP

Annexe 7 : Verbatim entretien

Participants :

- Jérémie Descombes (**JD**)
- Responsable CPTS (**C**)
- Responsable Oxance 1 (**O1**)
- Responsable Oxance 2 (**O2**)
- Médecin 1 (**E1**)
- Médecin 2 (**E2**)
- Médecin 3 (**E3**)
- Médecin 4 (**E4**)
- Médecin 5 (**E5**)
- Médecin 6 (**E6**)

Liste des problématiques recensées :

- Difficultés en lien avec le type de patient
 - o Patients lourds
 - o Longueur et complexité des consultations
- Continuité des soins
 - o Gestion des examens
 - o Qualité de la prise en charge
- Rémunération insuffisante
- Éthique
 - o Égalité d'accès aux soins en lien avec la priorisation
 - o Qualité de soins

JD : La première question qui se posait initialement dans le projet, on s'était dit qu'on prendrait tous les patients sans médecin traitant appartenant au territoire de la CPTS DRAC Sud. Et puis dans un second temps on a réfléchi à prendre d'abord les patients ALD qui sont inscrits sur la liste de la CPTS des patients sans médecin traitant. Donc c'était pour discuter de ça avec vous, la question est donc de savoir s'il faut prioriser ces patients-là dans un premier temps ?

O1 : C'était de prioriser les patients en ALD et les plus de 70 ans, ça c'était le tout début du projet.

C : C'est ce qui est notre procédure de recherche de médecin traitant, c'est sûr que c'est eux qu'on a ciblé plus de 70 ans et ou ALD et poly pathologique.

JD : Pour vous les médecins, si on part sur ce type de patientèle, est-ce que ça vous conviendrait ?

O1 : C'est eux qui sont plus dans l'urgence.

Acquiescement et accords des différents médecins présents

JD : Donc ça c'était la première question. Ensuite sur l'aspect pratique en termes de consultation, je vous ai remis les différents jours de consultation disponibles puisqu'il y a déjà deux médecins qui travaillent là-bas le lundi et le vendredi donc ça serait le mardi mercredi ou jeudi qui seraient disponibles. La question qui se pose par rapport à ça ce serait possiblement d'augmenter la durée de consultation pour les primo venant, c'est-à-dire la première fois qu'il serait vu dans ce dispositif. Est-ce que ça vous semblerait intéressant ?

E6 : Bah oui pour la première consultation ça serait plus logique que ça prenne un peu plus de temps. S'il faut revenir sur tous les antécédents reprendre tout ce qui a été fait les examens les bio oui ça peut prendre ... Oui, il faut au moins une demi-heure je pense minimum quoi.

E3 : En même temps, ça sera régulièrement une première consultation vu qu'on ne les a jamais vus.

E2 : Ba oui.

O2 : C'est ce que j'allais dire oui vu le projet.

C : C'est ça bah disons qu'au début il y aura que des premières consultations, c'est sûr mais par la suite sans doute qui reviendront.

E3 : Mais la probabilité pour que le même médecin revoie le même patient.

O2 : J'allais dire oui vu le caractère exceptionnel des vacances se profiler à mon avis, ce sera toujours des consultations un peu longues, ma question elle est plutôt sur donc là, on parle de consultation qui vont être côtés en consultation sur des patients en ALD plus de 70 ans poli pathologique arrêtez-moi, fin c'est pas mon domaine, vous cotez que des consultations au cabinet vous faites d'autres examens qui sont cotable.

E2 : Non la seule chose qu'on peut coter sur les nouveaux patients dans cette situation-là, c'est quand on les voit à domicile, on a une visite longue à 60 €, mais au cabinet c'est 25€.

E6 : Il faut que tu sois son médecin traitant.

E2 : Oui c'est quand tu les prends comme médecin traitant et que c'est la première fois que tu les vois à domicile là c'est 60 €, par contre tu fais la même chose au cabinet, c'est 25€.

E6 : Bah là il y a une nouvelle cotation qui est passée, c'est l'IMT, c'est 60 € au cabinet mais pour la première fois que tu vois un patient en ALD en consultation, c'est passé aujourd'hui.

E2 : D'accord.

E6 : Mais si tu es pas son médecin traitant tu peux pas le côter donc c'est pareil.

C : Donc tu peux pas compter en consultation longue en fait, jamais ?

E2 : Non.

E4 : Non.

E3 : Non mais du coup c'est vraiment, ça va être double peine, ce sont des patients qu'on ne connaît pas, le temps de reprendre le dossier ça va être long, tu peux pas ... On ne déclare pas comme médecin traitant, on n'a pas les majorations, on n'a pas le forfait pour l'ALD, donc c'est tout sauf lucratif c'est clair.

E6 : A oui, ba oui.

E3 : Des consultations qui sont longues, qui sont complexes et qui sont mal payées.

E6 : Et en plus, il va falloir je pense faire pas mal de courrier parce que le but, c'est que ces patients là ils voient quand même des spécialistes, alors qu'ils les ont pas vu, donc il va falloir faire le courrier pour le cardio, pour l'angiologue, pour tout donc là ça te rajoute encore du temps.

E3 : Et en plus si on le voit deux fois dans l'année, on va nous demander de le déclarer (*sic comme médecin traitant*).

C : Non ça y aura pas besoin de le déclarer, moi ma question, c'est est-ce qu'on pourrait imaginer des courriers type pour qu'il y ait pas un courrier à écrire et pas faire perdre du temps.

E6 : Mais bon ils font quand même rajouter les antécédents, le traitement du patient, donc après ça dépend des logiciels aussi, si c'est intégré dans le logiciel ça peut déjà être dans le courrier.

E2 : Après un courrier type on en a dans nos logiciels, mais le principe de la nécessité d'un courrier c'est qu'on le personnalise.

E6 : Oui c'est ça.

E2 : Sinon il n'y aurait pas de courrier.

E6 : Oui après pour certains, c'est juste un bilan cardio dans le cadre de son diabète, mais bon la majorité ça va être plus complexe.

E3 : Après s'il voit le spécialiste, le compte rendu il arrive où aussi quoi ?

O1 : Il est sur l'adresse d'Oxance.

JD : Oui c'est ça, que ce soit les biologies tout ça, ça arrive sur la messagerie Oxance.

E3 : Et qui les traite ?

O1 : Le secrétariat les traite et transmet au praticien.

JD : C'est une diapo juste après justement par rapport à ça, est-ce que vous êtes d'accord pour augmenter la durée de consultation pour les primo venants, ce qui va être pour tous finalement sur les premières consultations ?

Accord des différents médecins

JD : La question suivante qu'on s'était posée, c'était sur le renouvellement de traitement, donc sur les ordonnances qui vont être faites finalement. Pour ne pas arriver à saturation trop rapidement des patients, est-ce que ce serait intéressant de faire des ordonnances de 3 mois classiques comme au cabinet, ou est-ce qu'on pourrait être amené à augmenter la durée des ordonnances pour faire des ordonnances de 6 mois dans le contexte du projet.

O2 : C'est pas réglementé ça quand on n'est pas médecin traitant non ?

E3 : Si c'est 3 mois quand on n'est pas médecin traitant.

O2 : Parce que du coup, c'est pareil ça c'est un sujet qui est retombé dans les mains des pharmaciens non il n'y a pas ?

C : C'est pas encore voté, en tout cas c'est sur le feu dans le cadre du règlement arbitraire, c'est les nouvelles dispositions du règlement arbitral éventuellement de permettre aux pharmaciens de prolonger, de prescrire pour 3 mois uniquement un traitement pour une pathologie chronique.

E5 : Il faut essayer de voir avec la sécurité sociale si on a le droit de faire 6 mois surtout si le patient il va pas si mal, ça ferait gagner du temps. Ça ferait 9 mois si les pharmacies renouvellent 3 mois en plus. *(rire)*

E6 : Ouais.

E3 : Vu nos critères de priorité, il y a des chances qu'ils n'aillent pas si bien que ça ceux qu'on voit quand même.

E5 : Bien sûr, je dis quand les gens vont bien.

E2 : Parce que la réalité des patients qu'on récupère qu'on prend dans la liste (sic de la CPTS), c'est qu'on y passe une heure la première fois, que l'IPA y passe une heure la semaine d'après et qu'on les revoit tous les mois pendant les 6 premiers mois pour les équilibrer.

E5 : C'est ça le problème, plus les patients traînent sans médecin traitant, plus c'est compliqué.

E2 : Plus ça traîne plus c'est comme ça, je pense qu'il ne faut pas se leurrer sur on va les voir, on va faire le point en 30 min et ils vont aller hyper bien et ils partent avec un an de prescription.

E5 : On va essayer de sauver un peu les meubles.

E2 : C'est ça. *(rire)*

C : Bon moi je vais demander à la sécu, si c'est possible de prescrire pour 6 mois en tout cas, ils avaient autorisé pour 12 mois donc pourquoi pas.

E2 : Pourquoi pas prendre une IPA pathologie chronique pour faire le point à 3 mois avec une concertation médecin annuelle ou tous les 6 mois ?

C : Ça serait bien.

E3 : Oui mais qui rémunère l'IPA ? Tu ne peux pas la faire par ASALEE parce que là, il n'y a pas de médecin traitant.

E2 : En libéral, elles ont des forfaits.

C : Et les CPTS elles peuvent plus, parce que ça c'était une question qu'on s'était posé que ça aurait pu être intéressant, mais on peut plus.

O1 : Par rapport à quoi ?

C : Nous on aurait voulu avoir une consultation ASALEE et du temps dédié pour la CPTS et en fait la CPTS, on aurait payé ASALEE pour avoir du temps IPA pour du conseil pour du suivi, de la consultation. Et en fait ASALEE ne travaille plus avec les CPTS, c'était le cas il y a quelques temps, mais là ils ont arrêté. Peut-être qu'ils vont revenir, comme tout change on ne sait jamais.

O1 : Mais ASALEE si les médecins ils sont salariés d'Oxance, ils peuvent peut-être travailler avec Oxance.

O2 : Bien sur ça se fait déjà dans certains centres Oxance.

E3 : Oui mais non parce que pour avoir une IDE IPA il faut un médecin traitant.

O2 : Là où on a des médecins traitants, il me semble qu'il y a un centre où il y a une IDE ASALEE.

O1 : Oui.

E3 : C'est sous réserve d'un certain temps médical et il faut qu'il y ait un médecin associé.

O2 : Oui mais on a des centres, notamment sur Marseille, on a des centres on a beaucoup de médecins. On a des gros centres avec une vingtaine de médecins. Mais il faut que je l'étudie ça, je n'ai pas encore la connaissance de tous les centres.

E2 : La de toute façon ça ne serait pas ASALEE, ce serait IPA.

C : Oui mais IPA payée ASALEE.

E2 : Ou sur des forfaits d'IPA libérale, j'en sais rien, je crois que c'est très mal payé.

E3 : Oui c'est très mal payé.

O2 : IPA on n'a pas encore.

JD : Parce qu'il n'y en a pas beaucoup.

O1 : C'est en train de se développer.

C : On s'éloigne un petit peu là où c'est moi ?

JD : Donc du coup ouais pour ce renouvellement de traitement, ça sera plutôt a priori sur du 3 mois à part si on arrive à avoir une dérogation de la CPAM et qu'ils vont bien.

JD : Pour la question des examens qui a été posée tout à l'heure, ce à quoi on avait réfléchi en partant du principe que c'était des patients pas ou peu suivi, ce serait d'essayer de mettre une biologie systématique avant consultation. Dans ce sens, j'ai pu rencontrer une des biologistes du laboratoire des Cèdres qui serait plutôt partante. Ça pourrait être mise en place avec une ordonnance type qui serait adaptée en fonction de certaines pathologies. Pour que le patient arrive en consultation avec déjà une biologie de référence pour faire avancer un peu la consultation.

O2 : Juste là je ne comprends pas tout à fait, je vous coupe, ça voudrait dire qu'il y ai des ordonnances anticipées c'est possible de le faire ça ?

JD : Oui j'en ai discuté avec les Cèdres, c'est quelque chose qu'ils font déjà dans le cadre des urgences, ça serait quelque chose qui serait possible de mettre en place. Je voulais vous poser la question de savoir si ça serait quelque chose qu'il serait intéressant pour vous sur le principe.

E5 : Si légalement on a le droit, c'est vraiment bien d'avoir l'hémoglobine glyquée de ton patient quand il arrive.

E6 : Au moins on a toutes les bio en direct, ça évite qu'on prescrive et qu'ensuite après il faut se repencher sur le dossier.

O2 : Bah sachant que pour des consultations ponctuelles, si vous devez prescrire les examens et attendre le retour du labo. Fin on n'est plus dans le cadre du soin programmé comme on l'entend on est dans le cadre d'un suivi d'un suivi de médecin généraliste.

E3 : Oui mais on va avoir besoin d'une fonction rénale et d'une glyquée pour la plupart.

E6 : Le mieux c'est qu'il vienne avec.

E4 : Oui c'est mieux.

E2 : Mais pourquoi ça serait limite légalement. Le patient il a rendez-vous avec moi la semaine prochaine, avant la consultation j'ai besoin d'avoir telle biologie, il a une ordonnance et il la fait avant vous pensez que c'est pas légal ça ?

O2 : En fait c'est qui va faire l'ordonnance ?

O1 : Si c'est votre patient que vous connaissez. Est-ce que moi, je vous appelle demain et je vous dis « docteur j'ai besoin d'avoir tel bilan sanguin, j'ai besoin d'avoir une ordonnance », vous me l'envoyez ?

E2 : Non mais vous me dites, je vais être votre nouvelle patiente, on se voit après-demain et je suis diabétique. J'ai pas fait de prise de sang depuis 6 mois, j'envoie une ordonnance pour avoir mon bilan diabète avant qu'on se voie.

O2 : Moi ma question en logistique. Je dis n'importe quoi la CPTS nous envoie un patient, la chargée d'accueil va prendre rendez-vous pour le mois de juin, qui va faire la prescription ?

E2 : Une ordonnance type ou le secrétaire elle a juste à mettre le nom du médecin et un tampon.

JD : Et même plus j'ai rencontré la biologiste, il pourrait y avoir une ordonnance type qui pourrait être là-bas directement et ils pourraient la compléter eux même.

E2 : On prend pas de gros risques avec des prises de sang.

C : Il faut protocoliser ça.

E2 : Moi ça me semble très bien qu'on puisse avoir une prise de sang avant la consultation.

O2 : Je ne remets pas ça en question, moi c'est plus sur la logistique pour qu'on soit dans un cadre légal et comme je ne le connais pas je vous posais la question.

C : Et bah très simplement s'ils le font déjà, c'est qu'ils ont l'habitude, si c'est dans le cadre des urgences, c'est peut-être qu'ils ont déjà un protocole.

JD : Effectivement, ils le font dans le cadre des urgences, quand le patient arrive, il a déjà une biologie alors que le médecin ne l'a pas encore vu. Effectivement, tu n'es pas tout à fait dans le cadre, mais dans le contexte ça leur paraît pas du tout aberrant de faire ça, si c'est un patient qui va être vu et qui est adressé avec une liste qu'on leur transmettrait. Ils savent que c'est tel patient parce qu'il va être vu en consultation donc il a besoin de cette prise de sang avec l'ordonnance type qui serait là-bas.

O1 : Donc ce serait un partenariat.

C : Oui, il faut une convention de partenariat. À partir du moment où on a un échange de patients. Donc là CPTS on va passer une convention de partenariat avec le laboratoire pour dire que les patients qui sont inclus dans ce dispositif et qui dépendent de ça selon les critères, on leur demandera une biologie.

O1 : Et qui donne au laboratoire la liste des patients ?

C : La CPTS, quand on va envoyer la liste des patients à Oxance pour qu'ils soient vus en consultation, on va envoyer la même au laboratoire. "Vous allez avoir cette semaine tel patient qui va venir faire cette prise de sang".

JD : L'autre question qui se posait, ce serait vis-à-vis des biologies ou des autres examens qui seraient prescrit au cours de la consultation, comment on fait pour la gestion est-ce que c'est le médecin prescripteur qui gère les biologies qu'il a prescrites au cours de sa consultation ou est-ce que dans un autre modèle ça pourrait être fait par le médecin qui serait le vacataire suivant qui viendrait la semaine d'après ? La question, c'est de savoir comment on pourrait gérer les biologies, les examens de radiologie qui nécessiteraient d'être regardés et d'ajuster en fonction des résultats au décours.

E2 : Moi le plus logique, ça me semble que ce soit la vacation suivante pour pas qu'on parte dans "ba tu l'as vu une première fois donc c'est toi le médecin chargé du dossier donc bah tu peux le déclarer médecin traitant". *(rire)*

E5 : Avec option de pouvoir téléphoner au médecin prescripteur si tu ne comprends pas bien. *(rire)*

E2 : C'est ça. D'autant plus que je ne sais pas comment il marche le logiciel, mais est-ce qu'il faut être sur place pour y avoir accès, si c'est pas un logiciel en ligne on n'a pas accès au dossier. Donc au moins que ça soit le médecin sur place pour qu'il puisse avoir accès au dossier.

O1 : Nous effectivement c'est pas un logiciel en ligne. Mais à terme, une fois qu'on aura changé on aura un logiciel en ligne, mais pas à l'heure d'aujourd'hui.

E2 : Donc déjà, ça ne peut pas être le prescripteur s'il a pas accès au dossier. C'est compliqué de gérer un résultat de prise de sang, on se souvient pas par cœur de toutes les consultations qu'on a fait, moi ça me semble compliqué, je sais pas pour les autres.

E4 : Je suis d'accord, ça ne peut être que le médecin qui est sur place, donc le suivant.

Accord des autres médecins

JD : Donc cette partie-là, c'était pour les examens sans urgence et la seconde partie, c'était de savoir s'il y a un résultat urgent comment on fait pour gérer ?

E2 : Pour les urgences, il faut voir si on peut faire un partenariat avec SOS, si c'est le prescripteur, je sais pas, s'il y a du coup une fonction rénale incroyable ou un truc incroyable à gérer qui ne peut pas attendre 15 jours la prochaine vacation.

JD : Oui ça peut être à revoir avec SOS médecins dans ce cadre-là et on considère qu'on passe sur du soin non programmé, de l'urgence, ça peut être une solution.

E2 : Qui détermine si c'est urgent, c'est le labo ?

JD : La question qui se pose, c'est si le laboratoire appelle et qu'il n'y a pas un médecin qui est là durée du projet comment on fait dans ce cas-là ?

O1 : Il faut qu'on ait un médecin qui soit référent pour gérer ce type de situation sinon on a pas de médecin sur le centre.

C : Après, c'est du soin non programmé, donc ça bascule sur du soin non programmé donc SOS médecin ou la maison médical de garde après.

E5 : Est-ce qu'on accepte qu'exceptionnellement s'il y a un résultat très urgent, on accepte qu'on nous appelle personnellement sur notre cabinet ou pas ?

E2 : Encore une fois, si on a accès au dossier parce que sinon c'est compliqué, si tu te souviens plus du tout, s'il fait la prise de sang 15 jours après que tu l'as vu. (*rire*)

E5 : On peut faire un protocole avec SOS s'ils sont d'accord, on les renvoie vers SOS qui fait le job derrière, si c'est urgent, c'est urgent.

C : Ça veut dire que c'est qui appelle SOS, c'est le patient ? On lui dirait bah là vous appelez tout de suite SOS monsieur ? Qui appelle SOS ?

E2 : Le laboratoire ?

E5 : Le laboratoire ?

O1 : Le laboratoire, il appelle le secrétariat d'Oxance admettons, à Oxance il n'y a pas de médecin, ils appellent SOS. Mais faut que SOS soit en capacité de recevoir et d'être ok pour recevoir le patient.

C : J'ai envie de te dire ça, ce serait une consultation SOS comme toutes les autres consultations qu'ils vont prendre sur la journée.

O2 : Ce que je crains c'est que le labo fin, une chargée d'accueil Oxance qui demande à SOS médecin de voir quelqu'un en urgence Elle est chargée d'accueil hein.

E2 : Le labo, il peut pas appeler SOS direct ?

O2 : Oui je pense qu'il y a plus de poids que ce soit le labo qui appelle en disant "on vient d'avoir un résultat, on vient d'appeler le praticien chez Oxance, il n'est pas là. Il faut absolument qu'il soit vu par un médecin, il y a plus que vous". Que ça passe par un appel à

Oxance pour s'assurer qu'il n'y ait pas de médecin à Oxance ce jour-là pour le recevoir ça se tient. Du moment où il n'y a pas de médecin chez Oxance, je pense que c'est plus au labo d'appeler dans le cadre d'une urgence les autorités compétentes, j'ai envie de dire. Parce qu'une chargée d'accueil d'Oxance qui va appeler SOS médecin en disant "je viens d'avoir un résultat de labo" "mais vous êtes qui ?" "ben je suis la chargée d'accueil d'Oxance", "mais comment vous pouvez définir que le résultat vous avez en face il est ... ?". Fin clairement, c'est pas son boulot.

E5 : Non mais c'est le bon protocole avec le labo, ça y est c'est bon.

O2 : Je pense qu'il y a un ping-pong entre le labo appelle Oxance, Oxance dis j'ai un médecin je vous le passe, j'ai pas de médecin ils appellent SOS.

Accord des différents médecins pour mise en place d'un protocole d'urgence avec laboratoire

E1 : Est-ce que je peux faire une remarque ?

JD : Bien sûr.

E1 : Je trouve que cette prise en charge d'un point de vue éthique, elle est à chier. (*rire certains participants*) Parce que les gens ils ont perdu leur médecin traitant, ils se retrouvent soignés, mais un peu à-là n'importe comment et moi ça me déplaît beaucoup beaucoup de participer à ça, ça me déplairait beaucoup. Parce que du coup ces gens-là, ils ont pas de chance et après ils sont pris en charge, mais mal pris en charge.

C : Ba là, ils ne sont pas pris en charge.

E1 : Entre pas être pris en charge du tout ou être mal pris en charge, c'est quoi le mieux ? Parce que du coup, ils vont se dire bon ba je suis pris en charge, mais en fait nous, on se rend bien compte que c'est du mal pris en charge, travailler dans ces conditions-là, moi j'estime que j'ai pas fait médecine pour ça.

O1 : Vous proposez quoi comme solution docteur pour essayer de ... ?

E1 : Tant qu'à faire, à la limite moi, je suis prêt à dire : "tu veux un médecin traitant ? Je te signe" et puis après les consultations elles seront de plus en plus loin, mais tout le monde, toute la population sera servie de la même façon. Sinon il y a ceux qui ont la chance d'avoir un médecin traitant, qui est relativement jeune, qui bosse, qui n'est pas malade et tout va bien et ils sont bien pris en charge. Et puis les autres et ba tant pis pour eux quoi. Non. On va mettre toute la population au même niveau, c'est quand même plus équitable. Et d'un point de vue éthique moi, je préfère ça.

E5 : Mais du coup, on oblige tous les médecins à prendre 1000 patients en plus sur le territoire de l'agglomération ?

E1 : On prend, on prend, on prend et puis voilà. Avec la sécurité sociale qui nous dit ok, vous avez pris, mais vous êtes plus responsables des patients que vous avez pris en charge. Vous les avez pris parce que vous êtes obligés de les prendre. C'est tout. Sinon c'est dégueulasse franchement. Les patients des Dr XXX, YYY (*cite 2 médecins qui partent à la retraite*) mais pour eux, c'est la cata.

E5 : Les gens ils viennent, ils pleurent au cabinet en ce moment.

E1 : Pourquoi ces gens-là ils seraient moins bien servis que nos patients actuels franchement ? Qu'est-ce qu'ils ont fait ? C'est quoi leur responsabilité ? D'avoir un médecin qui part à la retraite ?

O1 : On ne vous dit pas le contraire docteur, on essaye de mettre en place des solutions dégradées avec les moyens qu'on a pour ces gens-là.

E1 : Ouais, mais à ce moment-là pourquoi ces gens-là ils ont une solution dégradée et que les autres qui ont la chance d'avoir leur médecin traitant toujours, eux ils ont une solution tip top ?

E4 : Non mais ça, c'est de la philosophie E1, je ne suis pas d'accord avec toi.

E1 : C'est important quand même.

E4 : Bien sûr que c'est important, mais on ne peut pas faire autrement, c'est toujours mieux que rien et puis pourquoi on les prendrait mal en charge ? On ne les prendrait pas comme on aimerait.

E1 : Regarde comme on en discute là, on voit bien que c'est tiré par des bouts de ficelle. Et comment tu veux gérer les examens qui reviennent etc ? Ça va nous retomber dans nos cabinets à nous, autant les voir chez nous à la limite. Moi je trouve que c'est quand même plus simple. Franchement on serait super bien payés chez Oxance je ne dis pas, mais là, franchement [rire certains médecins] on va passer beaucoup de temps pour des patients difficiles et en plus, ils seront mal soignés à la sortie. On va engager quand même nous aussi notre responsabilité, faut pas se leurrer.

O1 : Pourquoi ils seraient mal soignés, on essaie de trouver des solutions ?

E1 : Mais parce que rien que par le système du...

O2 : Ils n'auraient pas un suivi régulier, c'est sûr. Mais vous avez raison, mais ça c'est un débat sociétal au-delà de la CPTS.

C : Là c'est une situation d'urgence, on est un peu en situation d'urgence, parce qu'il y a trop de patients sans MT, il va y avoir un flux trop important.

O2 : D'où l'intérêt d'y associer l'ARS à ces échanges-là.

E1 : Pourquoi elle n'est pas là l'ARS ce soir ? Parce que à 19h, ils sont fermés, merde. *(ton ironique) (Rire différents participants)*

C : Pour l'instant, c'était pour pouvoir en retirer quelque chose d'un peu plus concret avant de le présenter. Tu vois là on ...

E1 : Tenez compte de mes remarques. *(ton ironique)*

O2 : Non mais c'est légitime, on s'y rejoint tous sur les remarques de tous.

E5 : Merci pour cette remarque parce qu'on est tous mal à l'aise aussi avec cette situation-là, comme on est tous mal à l'aise de dire 3 fois par jour "ba non on peut plus prendre de nouveau patient".

O2 : Clairement, on a tous cette réalité-là, c'est pas le modèle d'Oxance de proposer ce type de dispositif là, on s'y inscrit parce que ça peut être une solution effectivement moins pire. Elle est satisfaisante pour personne.

JD : Donc par rapport au questionnaire qui vous avait été envoyé, il y avait 8 médecins qui avaient répondu favorablement pour participer à ce projet et un médecin qui pourrait être amené à participer selon les modalités. Donc là, à l'issue de cette présentation et de cette discussion, est-ce que vous souhaiteriez toujours y participer, sans obligation d'engagement bien sûr, pour faire un petit point et recueillir votre avis.

JD : Si on reprend dans l'ordre, E4 ?

E4 : Il faut répondre maintenant c'est ça ?

JD : Oui juste pour avoir... Parce que si on voit que plus personne ne veut participer ça permet aussi d'avoir déjà une information, donc c'est sans engagement c'est juste une fois qu'on vous a présenté les différentes modalités.

E4 : Moi ça me va toujours, mais je reviens à E1 : toi qui as beaucoup travaillé comme ça, comment on pourrait motiver aussi les médecins, pas financièrement. Est-ce que tu as une idée de la manière dont on peut motiver les gens ou est ce qu'effectivement, c'est foutu ?

E1 : Moi mon avis, c'est que ça me semble mal barré, vu les tarifs et les autres offres de travail qui sont possibles pour des médecins retraités ou des choses comme ça, franchement là, c'est pas du tout attractif. Donc on va être les dernières roues de la charrette et on aura très très peu de médecins, ou vraiment des médecins qui veulent à tout prix participer à tout ça, qui vont donner un petit peu, et du coup ça va être un canard boiteux, ça va pas vraiment marcher. Donc il faut que les instances, l'ARS/CPAM comprennent l'intérêt du truc, et que nous, on essaie de le vendre en disant "mais si vous allez voir ça va marcher, on va faire un vrai suivi, il y aura toujours un médecin pour prendre en charge les patients, pour suivre les biologies, les résultats d'examens, tout ce qui peut arriver, les comptes rendus des médecins spécialistes. Parce que ça peut durer plusieurs années, si on part dans un système comme ça, on n'est pas parti pour 3 mois ou 6 mois ou un an, on est parti pour plusieurs années. Parce que ce n'est pas avant 5 ou 6 ans ou peut-être 10 ans que tous ces patients-là auront trouvés un médecin traitant. À moins qu'il y ait d'autres maisons de santé pluridisciplinaire qui se monte sur la CPTS. *(rire)*

C : Ah bah ça, on croise les doigts.

E1 : Donc pour plusieurs années, il faut un truc qui tienne la route et qui tienne la route longtemps. Et là, pour le moment, je vois pas dans ce que vous avez présenté quelque chose qui ressemble à ça.

E2 : C'est vrai que si on veut que ce soit un peu satisfaisant pour les médecins, je parle pas financièrement parlant, il faut qu'il y ait une qualité des soins assurée, donc ça veut dire qu'il y ai une présence régulière d'un de nous. Donc je pense minimum une fois par semaine sur la vacation. Pour que ça puisse être géré les prises de sang, les choses comme ça. Et du coup ba il faut qu'on soit très nombreux *(rire)*. Parce que faire une fois par semaine chacun, ba on n'a pas forcément la possibilité de faire une fois par semaine. Derrière, en effet il y a le côté financier, si c'est pour prendre sur le jour où on ne travaille pas, 100€ net la journée ça paye

pas la garde d'enfant. Ce n'est même pas ne pas gagner d'argent, c'est en perdre. Et du coup sans dire qu'il faut être payé 200€ de l'heure, de réfléchir à l'attractivité pour qu'au-delà de pas gagner d'argent, t'en perde pas non plus.

E6 : Ouais parce que là le problème, c'est qu'en plus si j'ai bien compris, on serait payé par patient et ça va être des patients, franchement la consultation elle va durer 45 min. C'est quand même compliqué.

E2 : C'est ultra mal payé quoi.

E3 : Ouais.

E6 : Parce que là c'est pas entendable d'être payé 8€ pour 45 min/1h.

E1 : On n'aura personne.

Tous : Il faut associer les différentes structures (ARS/CPAM/Région ...).

E6 : Je rejoins quand même E1 sur le fait que les patients finalement, ils ont pas de médecin traitant et finalement on va faire quoi, on va juste faire... on va juste essayer ... Je sais même pas, c'est mettre un peu de la rustine quelque part, je sais pas si c'est satisfaisant pour tout le monde. Ils vont voir un médecin une fois, ils vont tout raconter, à chaque fois ils vont devoir reraconter. Fin c'est ... A SOS c'est pareil mais bon...

E5 : C'est ce que fait SOS médecin depuis plusieurs années et c'est pour ça qu'on essaie de faire ça, ils disent "nous on ne peut pas faire ça, c'est pas notre job". Et donc résultat on fera pas mieux, on fera pas pire. On fera ce qu'on peut, un peu comme eux ce qu'ils font actuellement.

E1 : Ce n'est pas notre job non plus à nous, on sait pas faire ça.

E6 : D'accord avec E1.

E5 : Personne ne sait faire, le truc c'est que personne ne sait faire.

E2 : Après tu vois, je me dis que si le premier qui voit le patient, il bétonne bien le dossier. Entre nous on est quand même 4 (*dans notre MSP*) et quand il y en a un qui a fait un premier accueil de patient ça prend pas une heure à l'autre la fois d'après. On a déjà un dossier de base qui est bien fait, on a tout rempli.

E3 : Ça dépend des patients, là ça va être des patients qui sont pas suivis régulièrement.

E2 : On va forcément les revoir ces patients sur plusieurs années. Il y aura une première fois et puis il y en a qui vont revenir tous les trois mois.

E3 : Les plusieurs premières fois d'un patient qu'aura pas eu de suivi depuis un moment qui sera instable, âgé, polypathologique. Tu vois bien moi, le dernier que j'ai pris dans la liste (*des patients sans MT de la CPTS*), il a une consultation par semaine avec l'IPA actuellement quasiment.

E5 : Sinon on abandonne et on essaie juste de prendre des patients sur cette liste. C'est une autre possibilité.

E3 : Non mais c'est ça, moi le problème, c'est que je suis sûr que je vais y aller et que en fait une fois que t'as fait tout le boulot, ça veut dire qu'on va pas y aller souvent, je vais lui dire venez, maintenant que je vous connais, je vous suis au cabinet. *(rire)*

E6 : Ba c'est le risque, ça c'est clair. *(rire)*

E3 : Parce que c'est tellement pas satisfaisant ce qu'on va leur proposer qu'on va avoir envie de leur dire ça quoi.

E5 : On est tous un peu comme ça, je pense.

E1 : Et pour les gens qui sont vus à domicile uniquement actuellement par les médecins qui partent à la retraite. Ils vont être plus de 70 ans et avec ALD et polyopathologique.

C : Alors là j'ai une solution. *(rire certains participants)*

E1 : Vas-y.

C : Alors c'est une demande d'un médecin qui est à la retraite, qui m'a demandé exactement ce genre de prise en charge. Elle voudrait faire de la visite à domicile juste pour les polyopathologies et vraiment que les gens qui ne peuvent pas se déplacer qui sont alités. Et elle voudrait faire ça en tant que salariée avec Oxance pour faire de la VAD. Sur une demi-journée par semaine. Donc il y a un médecin qui aimerait faire ça, de la VAD. A voir comment on peut le faire, même le bénévolat apparemment ne la dérangerait pas, mais à voir quand même.

E3 : Oui mais parce qu'elle est retraitée et qu'elle gagne des sous. Fin moi typiquement, c'est ce qu'on disait avec E2. Là les 3 jours qui sont proposés moi ça va forcément être le mercredi, donc je vais pas voir mes enfants, je vais devoir payer quelqu'un pour les garder. Mon cabinet d'habitude il est dispo, ba autant que je vienne travailler au cabinet, parce que de toute façon les charges elles sont payées et puis je pourrais travailler comme il faut quoi.

E5 : C'est pour ça qu'initialement, on se disait fermeture du cabinet le jour où on y va. Bon après, c'est vrai qu'avec les délais qui s'allongent, c'est dur. C'était aussi de se dire : on fait pas plus de travail, on fait ça sur nos journées où on travaille normalement.

E3 : Mais du coup, il y a quand même un gros frein financier qui est que nous notre cabinet même si on le ferme, nos charges elles vont pas changer. Et clairement à ce prix-là ça nous coute des sous, je veux bien faire du bénévolat, mais à un moment donné fin, là ça va être quand même du travail lourd, ça va être du temp d'administratif avant et après aussi, faut pas se leurrer, si on veut le faire correctement ça va nous prendre plus que juste le temps de la consultation. Ou alors voilà faut le dire, c'est du bénévolat quoi. *(rire)*

E5 : Il va falloir qu'on réfléchisse tous et peut-être qu'on refera un petit sondage dans quelque temps. Si ça paraît vraiment infaisable et insatisfaisant ba on abandonne. C'est pas grave, on aura réfléchi à la situation, à la possibilité et on se sera dit que c'était pas une bonne idée, c'est pas grave. Faut pas qu'on continue à faire des plans et que dans 6 mois, on dise que ça marche pas et qu'on va même pas essayer.

E2 : C'est-à-dire que de toute façon, bien sûr que la solution, c'est que tout le monde ait un MT, si on prend chacun, si on se répartit à 10 les 10 000 manquant ça nous fait 1000 de plus chacun et du coup en tant que MT, on fera plus du soin de qualité parce qu'on aura aussi 6 mois de délai. Donc c'est trouver le bon compromis, moi j'ai pas d'idée, je sais pas. *(rire)*

C : Sauf si on reste sur ce que la CPAM demande, c'est-à-dire de trouver une solution juste pour les ALD.

E5 : Oui, mais ça nous fait quand même beaucoup, tu en as combien ?

C : Alors les ALD, 469 derniers chiffres CPAM sur toute la CPTS DRAC Sud.

E5 : Avant ou après le départ des 8 médecins qui partent cette année.

C : De ceux qui sont fléchés sans médecin traitant, 469 ALD, petit bémol, il risque d'y en avoir un peu plus parce que dans leurs chiffres, ils ont pas compté ceux qui ont déjà vu un médecin deux fois dans l'année tu sais, donc qui va leur être proposé de les prendre en médecin traitant. Et le problème, c'est que dans ces chiffres-là, ils ont compté les médecins de SOS donc on va passer un peu plus.

E3 : Mais l'avantage, c'est que comme de toute façon les gens qui n'étaient pas malades jusqu'à maintenant n'auront plus de suivi vu qu'ils ne seront pas prioritaires, on va plus déclarer beaucoup d'ALD. Il y aura beaucoup moins de patients chroniques d'un coup. *(rire)* Fin moi franchement cette priorisation, elle me pose quand même vraiment problème aussi.

Acquiescement de plusieurs médecins

E5 : C'est peut-être une fausse bonne idée. Vraiment, je le dis sérieusement ça se trouve c'est une fausse bonne idée, c'est un pansement sur une jambe de bois et que en fait ça va nous desservir plus qu'autre chose. C'est possible. Sauf si c'est des médecins retraités qui le font et peut-être que là dans ces cas-là comme ils travaillent pas à côté. Ça déshabille pas l'un pour habiller l'autre.

E2 : L'autre endroit où on peut trouver des gens motivés ça peut être des remplaçants, qui travaillerait sous le nom d'un médecin si la sécu nous y autorise, mais faut que ce soit bien payé parce que sinon les remplaçant, ils feront une journée de garde. Je pense que tout le monde veut participer au truc, mais à la fois y à un moment, il faut s'y retrouver aussi.

O2 : Je pense qu'il y a un modèle financier à réfléchir à la fois sur un modèle de vacation, mais forcément fin le modèle économique, il été éprouvé. De la même façon que le mercredi, vous pouvez pas perdre d'argent ça s'entend complètement. Oxance non plus, et je pense que c'est un projet qui à mon sens à du sens à condition qu'on soit soutenu par les autorités, fin par les financeurs. Je pense qu'on ne peut pas le faire sans eux. Si on regroupe tout ce qu'on s'est dit depuis tout à l'heure, d'un point de vue éthique et d'un point de vue économique si on veut pouvoir aboutir à ce type de projet pour répondre à un besoin de population, on peut pas le faire sans un minimum d'investissement de l'ARS et de la Sécurité sociale.

E1 : Entièrement d'accord.

E3 : C'est sûr, c'est pas à vous d'amortir ça non plus, ça on est bien d'accord.

E1 : On est bien d'accord.

E6 : Ouais.

O2 : Non mais il y a vraiment une volonté de s'y inscrire, c'est vraiment sur le fond, je pense qu'il faut qu'on y associe l'ARS pour faire aussi bouger des lignes, on va pas créer des médecins. Sinon ça ferai bien longtemps, je pense qu'il y en aurait, par contre je pense qu'il y a des solutions à créer, mais il faut qu'on soit soutenu. Et ce type d'initiative, je pense que si c'est

soutenu correctement, on sera pas que sur du pansement, parce que comme vous le disiez tout à l'heure docteur, je pense que dans 4,5 ans on aura toujours besoin de ce type de dispositif parce qu'on n'aura pas répondu aux déserts médicaux.

C : Donc la prochaine étape ça sera de présenter le projet à l'ARS et à la CPAM.

E3 : Mais du coup-là dans ceux qu'on cible, c'est que des ALD, ou des personnes très âgées ?

C : C'est ce qui avait été, c'est l'axe sur lequel on a travaillé depuis un an, c'est repérer les patients les plus fragiles : plus de 70 ans et/ou ALD. Donc on a fixé là-dessus, c'étaient les critères d'inclusion pour participer à ce dispositif en fait. Après, on peut les modifier si ça vous semble pas cohérent, s'il y a d'autres éléments hein.

O1 : Après tout dépend aussi du nombre de médecins qui vont rentrer dans le programme, si mettons qu'il y a toujours pas mal de médecin, qu'il y a toujours des vacances, on a toujours un médecin sur le site, on pourra peut-être après élargir.

C : Oui dans un deuxième temps quoi, mais dans un premier temps, on était sur les patients les plus fragiles.

E3 : C'est sûr qu'il faut bien prioriser ...

C : Après, je pense que ça fait plaisir à personne de prioriser comme ça.

E1 : En fait il y a encore une question que j'aimerais qu'on essaie de voir c'est, supposons qu'on fonctionne à plein avec l'équivalent de 3 médecins qui travaillent 3 jours par semaine ça fera combien de patients qui sont vu par semaine par mois ? Sachant qu'il faut faire des renouvellements tous les 3 mois ça en fera combien de patients en ALD qui pourront être vu comme ça, est-ce que ça couvre les besoins ou ça va toujours pas couvrir les besoins ? Est-ce qu'on peut faire un modèle de calcul qui permet de déterminer ce que ça fait ?

O2 : Si on fait des vacances de 10h avec un patient par demi-heure, ça fait 20 patients par jour.

E1 : Donc 60 par semaine.

O2 : 240 par mois, 250 si on part sur 4 semaines et demi, en gros on sera sur 250 patients/mois.

E1 : Donc 750 tous les 3 mois, si on les revoit qu'une fois tous les trois mois.

E3 : 20 chroniques sur la journée, c'est énorme.

Acquiescement autres médecins.

E2 : On n'est plus du tout efficace.

E3 : Il vaut mieux pas être le dernier à passer. *(rire)*

E2 : Les 5 derniers, ils feraient mieux d'aller voir leur boulangère hein. *(rire)*

(Rire général)

JD : En tout cas merci à tous d'avoir participé. On va essayer de recreuser les questions qui se sont posées voir ce qu'on peut faire et puis on reviendra vers vous pour vous proposer des solutions et ce qu'on aura pu essayer de voir avec les différentes instances et les autres questions qui ont été soulevées. Merci de nous avoir donné votre avis parce que c'était

important qu'on l'ait pour pouvoir essayer d'avancer ou pas. Et ça, c'est ce qu'on verra sur ce projet.

Remerciement des différents intervenants

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

”