UNIVERSITE de CAEN

---

FACULTE de MEDECINE

Année 2015 N°

**THESE POUR L'OBTENTION**

**DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le :

17 juin 2015

Par

Mme TANQUEREL Caroline

Née le 15 juin 1985 à Saint-Lô (*Manche*)

TITRE DE LA THESE :

# LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES : DEFINITION, DIFFICULTES ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU BESSIN ET DU PRE-BOCAGE

**Président :** **Monsieur le Professeur LUET Jacques**

Membres : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Monsieur le Professeur DENISE Pierre

Monsieur le Docteur GANDON Thierry, Directeur de thèse

**Faculté de Médecine**

**Année Universitaire 2014-2015**

**Doyen**

Professeur Pierre DENISE

**Vice Doyen**

Professeur Boris BIENVENU

**Assesseurs**

Professeur Guy LAUNOY

Docteur Nicolas TERZI

**Responsable Administrative**

Madame Véronique LEFILLIÂTRE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| **M.** | **AGOSTINI Denis** | Biophysique et Médecine nucléaire |
| **M.** | **AIDE Nicolas** | Biophysique et Médecine nucléaire |
| **M.** | **ALLOUCHE Stéphane** | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| **M.** | **ALVES Arnaud** | Chirurgie digestive |
| **M.** | **BABIN Emmanuel** | Oto-Rhino-Laryngologie |
| **M.** | **BALEYTE Jean-Marc** | Pédopsychiatrie |
| **M.** | **BENATEAU Hervé** | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| **M.** | **BERGOT Emmanuel** | Pneumologie |
| **M.** | **BIENVENU Boris** | Médecine interne |
| **M.** | **BOUVARD Gérard** | Biophysique et Médecine nucléaire |
| **Mme** | **BRAZO Perrine** | Psychiatrie d'adultes |
| **M.** | **BROUARD Jacques** | Pédiatrie |
| **M.** | **BUSTANY Pierre** | Pharmacologie |
| **M.** | **CATTOIR Vincent** | Bactériologie - Virologie |
| **Mme** | **CHAPON Françoise** | Histologie, Embryologie |
| **Mme** | **CLIN-GODARD Bénédicte** | Médecine et santé au travail |
| **M.** | **COQUEREL Antoine** | Pharmacologie |
| **M.** | **COURTHEOUX Patrick** | Radiologie et imagerie médicale |
| **M.** | **DAO Manh Thông** | Hépatologie-Gastro-Entérologie |
| **M.** | **DAMAJ Ghandi Laurent** | Hématologie |
| **M.** | **DEFER Gilles** | Neurologie |
| **M.** | **DELAMILLIEURE Pascal** | Psychiatrie d'adultes |
| **M.** | **DENISE Pierre** | Physiologie |
| **M.** | **DERLON Jean-Michel (en surnombre)** | Neurochirurgie |
| **Mme** | **DOLLFUS Sonia** | Psychiatrie d'adultes |
| **M.** | **DREYFUS Michel** | Gynécologie-Obstétrique |
| **M.** | **DU CHEYRON Damien** | Réanimation médicale |
| **Mme** | **EMERY Evelyne** | Neurochirurgie |
| **M.** | **ESMAIL-BEYGUI Farzin** | Cardiologie |
| **Mme** | **FAUVET Raffaèle** | Gynécologie-Obstétrique |
| **Mme** | **GALATEAU-SALLE Françoise** | Anatomie Pathologique |
| **M.** | **GERARD Jean-Louis** | Anesthésiologie et Réanimation |

| | | |
|---|---|---|
| **M.** | **GROLLIER Gilles** | Cardiologie |
| **M.** | **GUILLAMO Jean-Sébastien** | Neurologie |
| **M.** | **GUILLOIS Bernard** | Pédiatrie |
| **M.** | **HABRAND Jean-Louis** | Cancérologie option Radiothérapie |
| **M.** | **HAMON Martial** | Cardiologie |
| **Mme** | **HAMON Michèle** | Radiologie et Imagerie médicale |
| **M.** | **HANOUZ Jean-Luc** | Anesthésiologie et Réanimation |
| **M.** | **HAUMONT Thierry** | Chirurgie infantile |
| **M.** | **HERLICOVIEZ Michel** | Gynécologie et Obstétrique |
| **M.** | **HERON Jean-François (en surnombre)** | Cancérologie |
| **M.** | **HULET Christophe** | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| **M.** | **HURAULT de LIGNY Bruno** | Néphrologie |
| **M.** | **ICARD Philippe** | Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| **Mme** | **JOLY-LOBBEDEZ Florence** | Cancérologie |
| **Mme** | **KOTTLER Marie-Laure** | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| **M.** | **LAUNOY Guy** | Epidémiologie, Economie de la santé et prévention |
| **M.** | **LE COUTOUR Xavier** | Epidémiologie, Economie de la santé et prévention |
| **Mme** | **LE MAUFF Brigitte** | Immunologie |
| **M.** | **LEROY François** | Rééducation fonctionnelle |
| **M.** | **LOBBEDEZ Thierry** | Néphrologie |
| **M.** | **MANRIQUE Alain** | Biophysique et Médecine nucléaire |
| **M.** | **MARCELLI Christian** | Rhumatologie |
| **M.** | **MAUREL Jean** | Chirurgie Générale |
| **M.** | **MILLIEZ Paul** | Cardiologie |
| **M.** | **MOREAU Sylvain** | Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie |
| **M.** | **NORMAND Hervé** | Physiologie |
| **M.** | **PARIENTI Jean-Jacques** | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| **M.** | **PELAGE Jean-Pierre** | Radiologie et Imagerie médicale |
| **Mme** | **PIQUET Marie-Astrid** | Nutrition |
| **M.** | **RAVASSE Philippe** | Chirurgie Infantile |
| **M.** | **REZNIK Yves** | Endocrinologie |
| **M.** | **ROUPIE Eric** | Thérapeutique |
| **M.** | **TOUZE Emmanuel** | Neurologie |
| **M.** | **TROUSSARD Xavier** | Hématologie |
| **Mme** | **VABRET Astrid** | Bactériologie - Virologie |
| **M.** | **VERDON Renaud** | Maladies infectieuses |
| **Mme** | **VERNEUIL Laurence** | Dermatologie |
| **M.** | **VIADER Fausto** | Neurologie |
| **Mme** | **ZALCMAN Emmanuèle** | Anatomie et cytologie pathologique |
| **M.** | **ZALCMAN Gérard** | Pneumologie |

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**M. LUET Jacques**

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE**

| | | |
|---|---|---|
| **Mme** | **AULANIER-VINCENT Sylvie** | Médecine Générale |

**PRCE Anglais**

**Mme LELEU Solvei**

**Faculté de Médecine**

**Année Universitaire 2014-2015**

**Doyen**

Professeur Pierre DENISE

**Vice Doyen**

Professeur Boris BIENVENU

**Assesseurs**

Professeur Guy LAUNOY

Docteur Nicolas TERZI

**Responsable Administrative**

Madame Véronique LEFILLIÂTRE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| **M.** | **AOUBA Achille** | Médecine interne |
| **Mme** | **BENHAIM Annie** | Biologie Cellulaire |
| **M.** | **BERGER Ludovic** | Chirurgie vasculaire |
| **M.** | **BESNARD Stéphane** | Physiologie |
| **Mme** | **BONHOMME Julie** | Parasitologie et mycologie |
| **M.** | **COULBAULT Laurent** | Biochimie et Biologie moléculaire |
| **M.** | **CREVEUIL Christian** | Informatique Médicale |
| **Mme** | **DEBRUYNE Danièle** | Pharmacologie fondamentale |
| **Mme** | **DERLON-BOREL Annie** | Hématologie |
| **Mme** | **DINA Julia** | Bactériologie-Virologie |
| **M.** | **ETARD Olivier** | Physiologie |
| **Mme** | **GUITTET-BAUD Lydia** | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| **M.** | **GRUCHY Nicolas** | Génétique |
| **M.** | **HITIER Martin** | Anatomie – ORL Chirurgie Cervico-faciale |
| **M.** | **LANDEMORE Gérard** | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| **Mme** | **LELONG-BOULOUARD Véronique** | Pharmacologie fondamentale |
| **Mme** | **LEPORRIER Nathalie** | Génétique |
| **Mme** | **LEVALLET Guénaëlle** | Cytologie et Histologie |
| **M.** | **LUBRANO Jean** | Chirurgie Générale |
| **M.** | **MITTRE Hervé** | Biologie cellulaire |
| **M.** | **REPESSE Yohann** | Hématologie |
| **M.** | **SESBOUE Bruno** | Physiologie |
| **Mme** | **SZERMAN-POISSON Ethel** | Biologie du Développement et de la Reproduction |
| **M.** | **TERZI Nicolas** | Réanimation |
| **M.** | **TILLOU Xavier** | Urologie |
| **M.** | **TOUTIRAIS Olivier** | Immunologie |
| **M.** | **VERGNAUD Michel** | Bactériologie, Virologie |

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

| | | |
|---|---|---|
| **M.** | **KOWALSKI Vincent** | Médecine générale |
| **M.** | **ROBERT Jean-Charles** | Médecine générale |

# REMERCIEMENTS

*A Monsieur le Professeur Jacques LUET*

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et pour votre investissement dans l'enseignement de la Médecine Générale.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.*

*A Monsieur le Doyen, le Professeur Pierre DENISE*

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.*

*A Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR*

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.*

*A Monsieur le Docteur Thierry GANDON, directeur de thèse, à l'origine de ce travail, pour la qualité de ton enseignement, tes qualités humaines, ton soutien et ta disponibilité.*

*Sois assuré de mon admiration, ma reconnaissance et de mon plus profond respect.*

*A tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire. Je sais à quel point votre temps est précieux. Merci.*

*Au Dr Antoine LEVENEUR et Mme Laurence BURNOUF de l'URML, pour leur soutien lors du démarrage de cette thèse.*

*A Olivier, pour ton amour, ta patience et ton soutien sans faille. Je t'aime à l'infini.*

*A mes parents, pour tout ce que vous m'avez donné, pour m'avoir soutenu au long de ces années d'études.*

*A ma sœur et ma grand-mère qui comptent aussi plus que tout.*

*Aux Merrins qui ont largement contribué à rendre ces dix années inoubliables : Nico, Ben et Julie, Clément, Romain et Véro, Xavier S. et Xavier H.et Laura. A notre amitié impérissable malgré les kilomètres et les orientations de chacun.*

*A ma grande Suzy et Laurent, A tous mes amis !*

*Aux équipes de l'hôpital de Flers, particulièrement celle des Urgences, pour la chaleur de leur accueil, la richesse de leur enseignement.*

*Aux docteurs Karima KHALLOUT, Didier PINCON, Jean-Aimable LENEGRE et Patrick MALBEC pour m'avoir conforté dans l'idée que médecin généraliste est le plus beau métier du monde, pour tous ce que vous m'avez appris.*

*A l'équipe du GCS du Bessin et du Pré-bocage, pour m'avoir accueilli et fait découvrir le travail d'équipe.*

*Au Docteur Arnaud PHILIPPE et son équipe de l'HAD d'Aunay-sur-Odon.*

*A Mme Christine PLATEAU, infirmière coordinatrice d'appui pour la coordination des situations complexes, pour m'avoir permis d'assister à son travail dans le cadre de cette thèse.*

# LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ADSEAM : Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality's

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARESPA : Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

BMJ : British Medical Journal

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNR : Coordination Nationale des Réseaux

CPCQ : Client Perception of Care Coordination Questionnaire

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSACQ : Comité de Suivi et d'Amélioration Continue de la Qualité

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ERET : Espace Régional d'Education Thérapeutique

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCFiPS : Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MRS : Mission Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PAERPA : Personne Agée En Perte d'Autonomie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement des Retours à Domicile

PRT : Programme Régional de Télémédecine

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RSB : Réseau de Santé du Bessin

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UK : United Kingdom

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

VA SOTA : Veterans Affairs State Of The Art

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitionners/Family Physicians

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

***Figure 1*** : Diagramme de RD Stacey.....5

***Figure 2*** : Schéma d'Engel mis en échelle numérique.....7

***Tableau 1*** : Eléments participant à la complexité d'une situation identifiés par les équipes du GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Prébocage* ».....11

***Tableau 2*** : Caractéristiques générales de l'échantillon.....74

***Tableau 3*** : Fréquence des éléments participant à la complexité d'une situation.....75

***Tableau 4*** : Comparaisons de la fréquence des éléments participant à la complexité d'une situation selon l'âge, le mode et le type d'exercice.....77

***Tableau 5*** : Fréquence des situations complexes dans chaque thématique.....80

***Tableau 6*** : Comparaisons de la fréquence des situations complexes pour chaque thématique en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice.....82

***Tableau 7*** : Définition des activités du médecin traitant dans le cadre de la coordination des soins.....84

***Tableau 8*** : Comparaisons de l'acceptation par les généralistes des activités faisant partie du rôle de coordinateur en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice.....86

***Tableau 9*** : Fréquence des interactions des généralistes avec d'autres professionnels dans le cadre de la coordination des situations complexes.....87

***Tableau 10*** : Comparaisons de la fréquence de la coopération des généralistes avec d'autres professionnels ou dispositifs en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice.....89

***Tableau 11*** : Fréquence des difficultés rencontrées par les généralistes lors de la coordination d'une situation complexe.....91

***Tableau 12*** : Comparaisons de la fréquence des difficultés rencontrées dans la coordination d'une situation complexe selon l'âge, le mode et le type d'exercice.....93

***Tableau 13*** : Degré d'intérêt des médecins généralistes pour les propositions d'aide à la coordination des situations complexes.....95

***Tableau 14*** : Comparaisons de l'intérêt des médecins généralistes pour chaque proposition d'aide pour la coordination d'une situation complexe en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice.....97

# TABLE DES MATIERES

**INTRODUCTION** ..... 1

**CONTEXTE** ..... 4

**I. LES SITUATIONS COMPLEXES** ..... 5

A. DEFINITIONS DE LA COMPLEXITE ..... 5

1. DANS LA LITTERATURE INTERNATIONALE ..... 5
2. LA DEFINITION DE LA DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS) ..... 9
3. LES SITUATIONS COMPLEXES EN BASSE-NORMANDIE ..... 10
4. LA DEFINITION DU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE « *ACCOMPAGNER ET SOIGNER ENSEMBLE DANS LE BESSIN PREBOCAGE* » ..... 11

B. LES FACTEURS PARTICIPANT A LA COMPLEXITE EN MEDECINE GENERALE AU XXIEME SIECLE ..... 12

1. TRANSITION DEMOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE ..... 12
2. LA PRECARITE SOCIALE ..... 13
3. COMPLEXIFICATION DU SYSTEME DE SANTE ..... 14
4. EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ..... 15
5. ELEMENTS DE COMPREHENSION DE LA COMPLEXITE SUPPLEMENTAIRES, ISSUS DE L'EXPERIENCE DU GCS « *ACCOMPAGNER ET SOIGNER ENSEMBLE DANS LE BESSIN ET LE PREBOCAGE* » ..... 16

C. CONSEQUENCES DE L'AUGMENTATION DES SITUATIONS COMPLEXES ..... 17

1. L' AUGMENTATION DES DEPENSES DE SANTE ..... 17
2. LA DIMINUTION DE LA QUALITE DES SOINS, LES RUPTURES DE PARCOURS ..... 19
3. LA NECESSITE D'UNE MEILLEURE COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES ..... 19

**II. LA COORDINATION DES SOINS** ..... 21

A. LA COORDINATION DES SOINS : CADRE DEONTOLOGIQUE ET LEGAL ..... 21

1. CADRE DEONTOLOGIQUE ..... 21
2. LES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ..... 22

B. PLACE ET POINT DE VUE DU PATIENT ..... 28

C. CONCEPTS LIES A LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES ..... 30

1. CONTINUITE ET GLOBALITE DES SOINS ..... 30
2. INTERDISCIPLINARITE ..... 30
3. COOPERATION ..... 31
4. COORDINATION ..... 31
5. INTEGRATION DES SOINS ..... 32

6. GRADUATION DE LA COMPLEXITE POUR UNE COORDINATION ADAPTEE : UN CONCEPT PROPRE AU GCS DU BESSIN ET DU PRE-BOCAGE ..... 32

**III. DES ORGANISATIONS, DES METIERS ET DES OUTILS POUR MIEUX COORDONNER LES SITUATIONS COMPLEXES** ..... 35

A. DES ORGANISATIONS ..... **35**

1. LES RESEAUX PROFESSIONNELS INFORMELS ..... 35
2. LES NOUVELLES ORGANISATIONS DE PROFESSIONNELS ..... 36
3. LES STRUCTURES DE COORDINATION ..... 38

B. DE NOUVEAUX METIERS ..... 48

1. LE « CASE MANAGER » OU « GESTIONNAIRE DE CAS » ..... 48
2. LES COORDINATEURS D'APPUI POUR LES SITUATIONS COMPLEXES EN FRANCE ..... 51
3. SUR LE TERRITOIRE DU BESSIN PRE-BOCAGE, BILAN DE L'EXPERIMENTATION D'APPUI A LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES : ..... 54

C. LES OUTILS DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION ..... **56**

1. COURRIERS, TELEPHONE ..... 56
2. LES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE ET STAFFS ..... 57
3. LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) ..... 58

D. SOPHIA ET PRADO ..... **62**

**ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU BESSIN ET DU PRE-BOCAGE** ..... **64**

**I. HYPOTHESES DE TRAVAIL** ..... 65

**II. MATERIELS ET METHODES** ..... 66

A. TYPE D'ETUDE ..... **66**

B. CHOIX DE LA POPULATION ET PRESENTATION DU TERRITOIRE DE L'ETUDE ..... **66**

C. LE QUESTIONNAIRE ..... **67**

D. METHODES D'INTERVENTION ET DE RECUEIL DE L'INFORMATION ..... **68**

E. ANALYSE ..... **69**

**III. RESULTATS** ..... 71

A. GENERALITES ..... **71**

1. TAUX DE PARTICIPATION, REPARTITION DES MODALITES D'ENTRETIEN ..... 71
2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS DE L'ETUDE ..... 72

B. DEFINITION D'UNE SITUATION COMPLEXE ..... **74**

1. ELEMENTS PARTICIPANT A LA COMPLEXITE D'UNE SITUATION ..... 74

2. THEMATIQUES POURVOYEUSES DE SITUATIONS COMPLEXES ..... 80

C. DEFINITION DE LA FONCTION DE COORDINATION ..... **84**

1. DEFINITION DE LA COORDINATION DES SOINS PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN PRATIQUE ..... 84
2. PROFESSIONNELS INTERAGISSANT AVEC LE MEDECIN TRAITANT DANS LE CADRE DE LA COORDINATION DES SOINS ..... 87

D. DIFFICULTES RENCONTREES ET AIDES SOUHAITEES ..... **91**

1. DIFFICULTES RENCONTREES EN PRATIQUE PAR LES MEDECINS DANS LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES ..... 91
2. AIDES SOUHAITEES POUR L'AIDE A L'EVALUATION ET L'APPUI DES SITUATIONS COMPLEXES ..... 95

**IV. DISCUSSION** ..... 101

A. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE ..... **101**

B. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE ..... **102**

C. INTERPRETATION DES RESULTATS OBTENUS : LE MEDECIN GENERALISTE ET LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES, LES GRANDS AXES ..... **103**

1. LES SITUATIONS COMPLEXES FONT PARTIE DU QUOTIDIEN DU MEDECIN GENERALISTE ..... 103
2. LE MEDECIN GENERALISTE SOUHAITE ETRE LE COORDINATEUR DE PROXIMITE DE CES SITUATIONS ..... 106
3. QUELLES SONT LES DIFFICULTES EN PRATIQUE POUR LES GENERALISTES ? ..... 110
4. QUELLES SONT LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ? ..... 113

**CONCLUSION ET PERSPECTIVES** ..... **117**

**BIBLIOGRAPHIE** ..... **122**

**ANNEXES** ..... **132**

**I. QUESTIONNAIRE** ..... 133

**II. LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT AU QUESTIONNAIRE** ..... 139

# INTRODUCTION

Depuis quelques années, avec le vieillissement de la population et les progrès médicaux, nous assistons à une augmentation des pathologies chroniques avec comorbidités, auxquelles s'ajoutent des problèmes sociaux ou de dépendance créant des situations dites « complexes ». Ces situations font intervenir une multiplicité d'intervenants issus des domaines médical, social et médico-social, qui doivent agir de manière coordonnée. En 2013, la stratégie nationale de santé présentée par Marisol Touraine, présente entre autres, la nécessité et la volonté d'adapter le système de santé français aux besoins des patients et à l'importante mutation démographique et épidémiologique en cours. Elle promeut une médecine de parcours coordonnés par le médecin traitant. La coordination de ces situations complexes est donc devenue une priorité nationale en termes de politique de santé.

D'après les textes déontologiques, les différents articles et textes de loi, c'est au médecin traitant que revient le rôle pivot de coordinateur, il doit « *orienter ses patients selon leurs besoins* » et « *s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients* » (article L.4130 du code de la santé publique). Il doit pour cela, réaliser une évaluation globale des besoins du patient, avoir une bonne connaissance des services et structures existants pour y répondre et communiquer avec les autres acteurs de la prise en charge.

En pratique, maintenir ce rôle de coordinateur dans les situations complexes semble de plus en plus difficile pour les médecins généralistes face au manque de temps, à la complexification du système de santé, aux cloisonnements entre les secteurs sanitaire et social, aux problèmes de rémunération,...

Il est donc nécessaire d'interroger les médecins généralistes sur ce sujet pour comprendre leurs difficultés, leurs besoins et leurs attentes concernant la gestion de ces situations complexes.

Nous avons tout d'abord étudié les concepts de complexité et de coordination à travers la littérature internationale et les textes officiels. Ensuite nous

présenterons les résultats de notre étude réalisée auprès des médecins généralistes du territoire du Bessin et du Pré-bocage de septembre 2014 à janvier 2015. Enfin, nous analyserons et discuterons la signification de ces résultats afin de faire émerger des pistes pour aider les médecins généralistes à coordonner les situations complexes sur le territoire concerné.

# CONTEXTE

# I. Les situations complexes

## A. Définitions de la complexité

### 1. Dans la littérature internationale

Dans le dictionnaire Larousse, la définition courante de la complexité caractérise ce qui comporte des éléments divers qu'il est difficile de démêler. Le mot complexité vient du latin *complexus* signifiant « *ce qui est tissé ensemble* ».

En philosophie, c'est à cette définition que se réfère le philosophe français E. Morin. Pour lui, « *la complexité ne saurait être quelque chose qui se définirait de façon simple et prendrait la place de la simplicité. La complexité est un mot problème et non un mot solution.* » [1]. Il reflète notre embarras, notre incapacité à définir de façon claire, à ordonner nos idées.

La complexité serait même voisine du chaos comme l'illustre la relation décrite par le diagramme de Stacey, professeur de gestion anglais et spécialiste des systèmes complexes. [2]

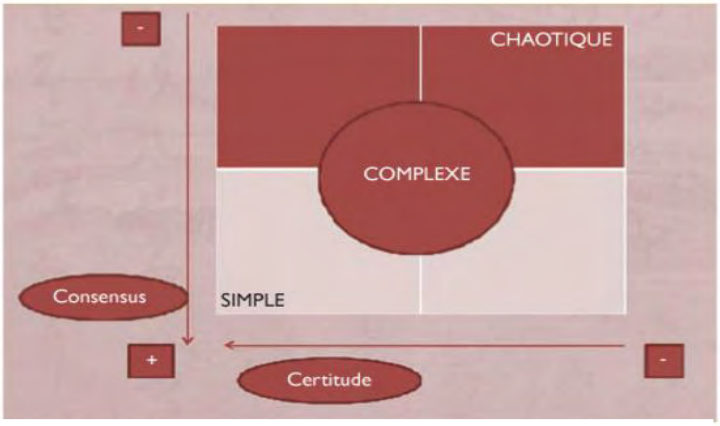


**Figure 1** : Diagramme de RD. Stacey [2]

Stacey place la complexité dans une zone moyenne entre une zone de simplicité où le consensus et la certitude sont très élevés et une zone de chaos où il n'y a plus ni consensus ni certitude et où aucune conséquence n'est prévisible. [2]

Pour illustrer ce diagramme en médecine, prenons l'exemple concret d'un patient de 70 ans présentant une pneumopathie communautaire aiguë. Dans ce cas, la prescription d'antibiotique est bien codifiée et le traitement peut être réalisé simplement en ambulatoire. Devant un problème simple tel que celui-ci le médecin peut adopter une approche linéaire car il existe une certitude et un consensus élevés. Mais si ce patient est aussi alcoolique chronique, présente une bronchopneumopathie obstructive et une démence débutante, alors la certitude et le consensus diminuent. Si on ajoute qu'il vit seul sans entourage, ne veut pas être hospitalisé et ne possède pas de mutuelle la situation se complexifie encore, voire approche du chaos.

Le British Medical Journal (BMJ) a consacré quatre articles en 2001 sur le thème de la complexité [3,4,5,6]. Selon les auteurs de cette série, un système complexe « *est un ensemble d'agents individuels avec la liberté d'agir de façon pas toujours prédictible, et dont les actions sont interconnectées de sorte que l'action d'une partie modifie le contexte pour les autres agents* ». Le patient peut être assimilé à un système complexe. Il est composé d'organes, de cellules, de molécules mais il est défini également par l'environnement dans lequel il vit (famille, profession, culture, religion,...) et par ses expériences passées. Il est indivisible et en même temps composé d'un nombre infini de particules et exposé à un nombre infini d'influences extérieures comme l'a expliqué l'américain G. L. Engel, médecin généraliste et psychiatre, dans les années 7O. [7]

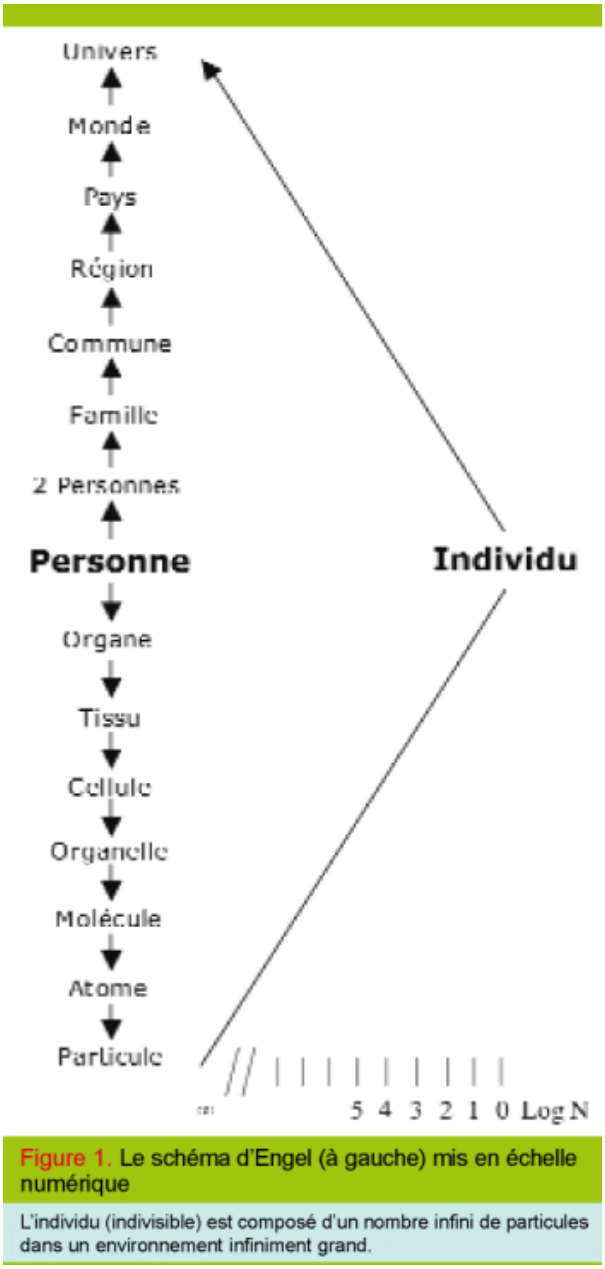


**Figure 2** : Schéma d'Engel mis en échelle numérique [8]

Un changement d'une partie de ce système complexe peut conduire à un changement beaucoup plus grand dans une autre partie par des effets d'amplification et de manière pas toujours prédictible. [7]

En médecine générale, la complexité et l'incertitude font partie du quotidien du médecin. Celui-ci ne peut y répondre de manière linéaire en solutionnant séparément chaque problème mis bout à bout. Il ne peut décomposer le système complexe que forme le patient en plusieurs parties qu'il aborderait

séparément risquant alors de déséquilibrer l'ensemble du système, car ce qui différencie un système compliqué d'un système complexe est l'interdépendance existante entre les différents éléments.

Pour répondre à la complexité du patient, il semble donc adéquat d'avoir une approche « centrée sur le patient » prenant en compte la dimension biomédicale mais aussi psychologique et sociale. C'est cette approche biopsychosociale décrite par Engel qui est utilisée en pratique actuellement. D'après l'étude d'Evans en 2009 [9], les médecins généralistes utilisant une approche biopsychosociale sont moins anxieux face à l'incertitude que ceux utilisant une approche biomédicale stricte.

Ainsi le terme de complexité est utilisé en médecine pour qualifier la situation d'un patient pour qui la décision clinique et les processus de soins requis ne sont pas de routine ou standards [10].

Une situation complexe peut se définir comme une situation dans laquelle sont présents plusieurs facteurs : médicaux, biologiques, génétiques, socio-économiques, environnementaux, culturels, comportementaux. Le groupe de travail de la conférence VA State-of-the-Art (SOTA) aux Etats-Unis a dressé en 2007 la liste des éléments créant une situation complexe. Il a également développé une liste des services requis pour répondre aux besoins de ces patients et a décrit les façons dont les services standards seraient inappropriés ou insuffisants pour y répondre. [10]

Le patient en situation complexe se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours. [11]

Il semble donc nécessaire de savoir repérer ces patients en situation complexe.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a présenté en septembre 2014 [11], les trois techniques principales utilisées dans le domaine de la santé pour identifier les patients en situation complexe. Ces trois techniques sont : l'identification par critères, l'identification par jugement ou intuition clinique du praticien et l'identification selon un modèle prédictif. Elles ont été également détaillées et comparées par l'institut de recherche King's Fund impliqué dans les travaux

relatifs au système de santé en Angleterre [12]. Elles ont chacune leurs points faibles et leurs points forts, seules ou combinées, mais l'utilisation du modèle prédictif seul serait beaucoup plus efficiente que celle des deux autres approches. Une étude de cohorte réalisée dans une population de médecins généralistes par Grant en 2011 [13] a eu également pour objectif de comparer plusieurs des méthodes d'identification des patients en situation complexe.

Au final, cinq grandes dimensions de la complexité ont pu être isolées dans la littérature [11] :

- la santé physique
- la santé mentale
- les caractéristiques démographiques
- le capital social
- l'expérience en matière de santé et social

De nombreux modèles reprenant plusieurs ou toutes ces dimensions ont été élaborés pour permettre l'identification des patients en situation complexe par le médecin généraliste [11] : Schaink et al.en 2012, le modèle « Vecteur » de Safford et al.en 2007, le modèle de la Case Management Society of America, Purdy en 2010, le Programme Castlefields (UK), Evercare (UK) et INTERMED.

## 2. La définition de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Plus récemment, la DGOS a proposé de définir les situations complexes de la manière suivante dans le guide méthodologique publié en 2012 destiné à faire évoluer les réseaux de santé:

*« Complexité médicale :*

- *Association de plusieurs pathologies et /ou cumul de plusieurs Affections Longue Durée (ALD)*
- *Degré de sévérité des pathologies*
- *Equilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique*

*Complexité psycho-sociale :*

- *personne ayant un faible recours aux soins*
- *Isolement social, vulnérabilité sociale*
- *Pratiques de santé inadaptées*
- *Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs*

*Ainsi, il s'agit des situations appelant une diversité des intervenants, et auquel le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. En pratique, et sans critère d'âge, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. Pour les personnes âgées, des grilles individuelles d'évaluation du niveau de fragilité sont fréquemment utilisées. »* [14]

## 3. Les situations complexes en Basse-Normandie

L'identification et la gestion des situations complexes font partie des priorités régionales de santé. L'instruction DGOS du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » [14] propose une réorientation de ces réseaux vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes, notamment sur les aspects médico-sociaux.

En 2013, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Basse-Normandie a décidé de mettre en œuvre des projets expérimentaux d'appui à la coordination des situations complexes. Dans le cahier des charges de ces expérimentations, les situations complexes sont celles définies par le guide méthodologique de la DGOS [15].

## 4. La définition du Groupement de Coopération Sanitaire « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Prébocage* »

Afin d'intégrer la gestion des situations complexes dans leurs pratiques, les équipes de coordination des différentes thématiques du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) du Bessin et du Prébocage ainsi que les Comités de Suivi d'Amélioration Continue de la Qualité (CSACQ) ont élaboré des outils leur permettant une représentation commune des situations complexes.

**Tableau 1** : Eléments participant à la complexité d'une situation identifiés par les équipes du GCS *« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Prébocage »*

<table>
<tr><th>Multiplicité de problèmes (et d'acteurs…) M</th><th>Inadéquation des ressources de proximité (isolement…) I</th><th>Prise de décision et priorisation difficiles (perte de sens…) P</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Au domicile M1<br>* multiplicité des intervenants<br>* mise en place de matériel<br>* mise en place d'aide humaine<br>* aménagement du domicile</td><td rowspan="2">Manque d'autonomie de la personne ou de son entourage nécessitant un accompagnement I1</td><td>Absence de référent P1</td></tr>
<tr><td>"Incohérence du projet"<br>Décalage des informations P2</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Médicaux M2<br>* pathologie invalidante<br>* poly pathologies<br>* pathologie gravement évolutive<br>* pathologie non stabilisée<br>* hospitalisations répétées</td><td rowspan="3">Manque de moyens ou de temps pour les professionnels nécessitant un appui à l'évaluation, aux réévaluations et à la coordination I2</td><td>Irréalisme P3</td></tr>
<tr><td>Morcellement P4</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Psycho-sociaux M3<br>* isolement social et/ou familial<br>* vulnérabilité sociale</td><td>Perte de sens, épuisement, pour la personne, son entourage, les professionnels P5</td></tr>
</table>

Cet outil issu de leur expérience a permis l'harmonisation de leurs représentations pour l'identification et la prise en charge des situations complexes [16].

Cette représentation est celle sur laquelle nous nous sommes appuyés tout au long de notre travail.

## B. Les facteurs participant à la complexité en médecine générale au XXIème siècle

### 1. Transition démographique et épidémiologique

Depuis 1950, l'espérance de vie à la naissance de la population ne cesse d'augmenter. Entre 1950 et 2013, l'espérance de vie à la naissance des femmes est passée de 69,5 ans à 85 ans et celle des hommes de 63,1 ans à 78,7 ans [17]. En sont responsables les immenses progrès médicaux, sociaux et culturels qui ont permis à la population de vivre plus vieux et ont provoqué une nette baisse de la mortalité infantile qui est passée de 52 ‰ à 3,5 ‰ entre 1950 et 2013 selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Nous assistons ainsi à l'accroissement et au vieillissement de la population.

Au 1er janvier 2014, 18 % des 66 millions d'habitants en France ont au moins 65 ans et 9,1 % ont au moins 75 ans. Si cette tendance démographique se prolonge, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060 dont 16,2% auront 75 ans ou plus. [17]

Or comme l'a observé le canadien A. P. Contandriopoulos « *quand une population vit plus longtemps cela ne veut pas dire que les individus sont moins malades. La longévité s'accompagne d'une transformation de l'incidence*

*et de la prévalence des différents types de maladies et des causes de mortalité, pas de l'élimination de la maladie.* » [18] Cette transition épidémiologique vécue par la France est définie par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) de la façon suivante : « *période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.* »

Le vieillissement de la population française engendre une augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques et des poly-pathologies. Vivre le plus longtemps possible sans incapacité est devenu un véritable enjeu de santé publique.

## 2. La précarité sociale

La France traverse depuis 2008 une grave crise économique qui entraine un élargissement et un approfondissement des situations de pauvreté et d'exclusion sociale [19]. Ces situations induisent des problèmes de santé, mais parfois aussi en découlent [20]. Plusieurs études ont montré cette relation entre un contexte social défavorable et la mauvaise santé. Elles ont également mis en évidence les limites de l'efficacité des filières et des soins de premier recours, notamment du fait de consultations tardives et de renoncements. Face à ces patients défavorisés, les médecins généralistes se trouvent souvent démunis [21,22]. Leur formation et leurs compétences ne suffisent pas pour une prise en charge efficace. Les enquêtes réalisées sur ce sujet [21,22] montrent le souhait des médecins généralistes de bénéficier de formations spécifiques sur ces situations et sur les structures existantes, susceptibles d'aider les patients dans leurs démarches, et de faire partie de réseaux de prise en charge.

## 3. Complexification du système de santé

Le patient est un système complexe mais le système de santé l'est également comme l'explique Plsek, un des auteurs de la série du BMJ [3]. En effet, le système de santé réunit de nombreux acteurs dont les intérêts sont différents voire opposés.

Le médecin généraliste, pivot du parcours de soins, se doit d'orienter convenablement le patient dans celui-ci. Or le vieillissement de la population, l'émergence de pathologies chroniques et les progrès médicaux entrainent une augmentation du nombre et de la diversité des structures (services et établissements). On assiste à une hyperspécialisation et une hypertechnicité des équipes. Cette multiplication de l'offre finit par brouiller la visibilité du paysage médico-social de proximité et provoque un cloisonnement entre les différents acteurs. A cela s'ajoutent un flou des missions dévolues à chaque structure avec des critères d'admission variant d'une structure à l'autre, ou d'un territoire à l'autre pour un même type de structure. L'orientation du patient par le médecin généraliste vers la structure adéquate s'en trouve complexifiée [23].

Dans le champ de la santé (incluant le social et le médico-social), l'enchevêtrement des compétences de régulation s'ajoute à la fragmentation des acteurs : l'articulation entre le niveau régional auquel a été déconcentré l'action de l'Etat et de l'assurance maladie (ARS) et le niveau départemental auquel ont été en partie décentralisées les politiques d'action sociale reste difficile.

Les formalités administratives (remplissage des dossiers d'admission pour Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dossier Maison départementale Des Personnes Handicapées (MDPH), Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), ...) sont également des difficultés pour les professionnels comme pour le patient et/ou son entourage, de par le temps et les connaissances qu'elles nécessitent et contribuent à la complexité du système.

## 4. Evolution de la relation médecin-patient

L'évolution socio-culturelle et médicale a modifié la relation entre le patient et le médecin généraliste. Depuis le XIXème siècle, suite aux importants progrès techniques et thérapeutiques dans le domaine médical, le patient souhaite de plus en plus d'informations et d'explications sur sa maladie, le traitement et l'évolution de son état de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [24] a renforcé l'obligation du médecin de fournir une information claire, loyale et appropriée au patient pour qu'il puisse donner de manière libre et éclairée son consentement aux actes médicaux et aux traitements. Le patient a été ainsi réaffirmé comme un membre actif dans le domaine de sa santé. Parallèlement, les progrès des moyens d'informations et de communication, notamment Internet, ont permis un accès facile et rapide pour tous au savoir médical. Ils ont fourni au patient les moyens d'être actif dans la prise en charge de sa santé et l'ont responsabilisé par rapport à celle-ci. Le modèle de la médecine paternaliste a dû être abandonné aux profits d'un modèle prônant la liberté d'autonomie du patient [25].

Cependant cela a augmenté aussi l'automédication et l'intrusion dans la relation médecin-patient de très nombreuses autres sources d'informations (médias, entourage, associations, ...) plus ou moins fiables et plus ou moins nécessaires. Cet accès direct à l'ensemble du savoir médical a rendu les patients plus informés et éclairés mais aussi plus critiques et exigeants. Sous l'effet des médias, l'acte médical a parfois été banalisé et la difficulté de celui-ci moins prise en compte par les patients. Ainsi, le grand public assimile souvent l'aléa médical à la faute et la judiciarisation tend à augmenter dans le domaine médical favorisée par la possibilité d'être indemnisé lors d'une condamnation [25]. Dans ce contexte, la confiance réciproque entre le médecin et le patient diminue et le médecin généraliste tend à prendre moins de risques.

Les demandes des patients ont également changé. Elles concernent non seulement les plaintes somatiques mais aussi sociales et administratives [25]. Le médecin se doit de fournir une réponse globale aux besoins des patients avec des liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge et des soins et actes aussi bien curatifs que préventifs. Le métier de médecin généraliste s'en trouve révolutionné et plus que jamais complexe de par la polyvalence qu'il réclame.

## *5.* Eléments de compréhension de la complexité supplémentaires, issus de l'expérience du GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage* »

**La complexité d'une situation varie selon les thématiques :**

Le tableau regroupant les critères participant à la complexité d'une situation établi par les équipes du GCS permet une représentation commune et une prise en charge harmonisée de ces situations. Il est cependant évolutif et enrichi en fonction des spécificités de certaines thématiques. Il existe en effet des éléments de complexité spécifiques à certaines thématiques nécessitant de ce fait des types de coordination également spécifiques.

**La complexité d'une situation peut évoluer dans le temps :**

En effet, la gestion de la complexité d'une situation de femme avec un diabète gestationnel sera limitée dans le temps. Par contre, la complexité d'une situation de personne atteinte de pathologie cancéreuse nécessitera des réévaluations et un tempo de coordination adapté en fonction de certains moments de la prise en charge (consultation d'annonce, période de traitement très agressif, fin de traitement ou phase terminale). La temporalité de ces situations nécessite que les situations complexes soient réévaluées

régulièrement notamment lors de réunions de concertation pluridisciplinaires.

**La complexité d'une situation est variable dans l'espace :**

En effet, certaines situations identifiées comme non complexes par les professionnels hospitaliers sont considérées comme complexes pour la mise en œuvre du projet de soins par les professionnels libéraux.

Par exemple, la gestion de la complexité d'une personne diabétique ou en situation complexe gérontologique va devoir d'avantage s'effectuer au plus près du lieu de vie, alors que pour certains insuffisants cardiaques un référent hospitalier coordinateur est plus approprié.

En cancérologie, la notion de temporalité et de variabilité dans l'espace de la complexité sont intriquées : la gestion de la complexité lors de la phase curative est plutôt envisagée à partir de l'hôpital, alors qu'à la fin des traitements, elle relève plutôt d'un professionnel au plus proche des référents libéraux.

Il est donc nécessaire d'avoir une vision dynamique de la notion de complexité qui peut évoluer dans le temps, être variable dans l'espace et avoir des spécificités en fonction de certaines thématiques [16].

## C. Conséquences de l'augmentation des situations complexes

### 1. L' augmentation des dépenses de santé

La complexification du système de santé secondaire aux progrès médicaux, couplée à une demande accrue de services de santé de la part des populations, a pour conséquence une augmentation des ressources financières consacrées à la santé.

Selon les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), les dépenses de santé représentaient 11,6% du Produit Intérieur Brut (PIB) en France en 2012 contre 10,1% en 2000. La France est le troisième pays où les dépenses de santé sont les plus élevées, derrière les Pays-Bas et les Etats-Unis [26].

Une étude du Trésor réalisée pour le compte du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans le cadre des travaux du Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale (HCFiPS) a développé un modèle de projection à cohortes de la consommation de soins et biens médicaux à l'horizon 2060 [27]. D'après cette étude, la consommation de soins et biens médicaux devrait augmenter de 2,5 points de PIB entre 2011 et 2060, passant de 9% à 11,5% du PIB. La part de ces dépenses financée par la sphère publique atteindrait 8,8% du PIB contre 6,8% actuellement à condition que la politique de santé soit inchangée.

Parmi les causes de cette croissance des dépenses de santé citées par les auteurs, il y a l'évolution épidémiologique qui a entrainé un changement des besoins et donc de la demande en matière de soins. Ils citent également l'évolution des connaissances médicales ou encore le progrès technique qui permettent de mieux diagnostiquer des pathologies et de mieux les soigner, ce qui entraine de nouveaux soins. « *Les innovations ont de plus souvent un coût très élevé ; il s'agit majoritairement d'une innovation de produits (génératrice de dépenses) plutôt que de procédés (facteur d'économies de coûts)* » [27] expliquent les auteurs. Ils rappellent que ces facteurs sont déjà à l'origine de la croissance des dépenses de santé depuis vingt ans en France. Ils soulignent cependant l'importance de l'impact du vieillissement de la population sur la hausse de la dépense totale de santé. Ce vieillissement de la population « *devrait expliquer une part de plus en plus importante de la croissance des dépenses de santé dans le futur. L'arrivée des générations du baby-boom aux âges élevés pendant lesquels la dépense est structurellement plus forte entraînera une hausse de la croissance des dépenses de santé.* » [27].

Le domaine de la santé traverse donc actuellement une phase de pression budgétaire avec des impératifs d'économie.

## 2. La diminution de la qualité des soins, les ruptures de parcours

La fragmentation du système de santé, le cloisonnement et le manque de coordination entre professionnels de première ligne (médecin traitant, services d'aide et de soins à domicile, structures intermédiaires, services sociaux) entrainent la plupart du temps une rupture de la continuité des soins. Trop souvent les différents professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient ne communiquent pas ou peu entre eux, ce qui engendre une perte de temps et d'efficacité en plus d'un parcours du patient fragmenté voire déshumanisé. Pourtant dans le contexte actuel d'augmentation des situations complexes, qui sont le plus souvent des maladies chroniques, cette continuité semble primordiale. Les conséquences de ce manque de coordination sont des hospitalisations, des institutionnalisations inappropriées, des examens redondants et bien-sûr des dépenses supplémentaires qui pourraient être évitées. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'a également souligné : « *les défauts de coordination sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des coûts évitables pour l'assurance maladie* » [27].

## 3. La nécessité d'une meilleure coordination des situations complexes

Une situation complexe implique une multiplicité d'intervenants pour un même patient. Une meilleure coordination entre ces intervenants semble nécessaire pour une meilleure prise en charge du patient comme le rappelle I. Krakowski qui constate que « *l'obligation de pluridisciplinarité a pour corollaire une coordination des compétences afin de veiller à la synergie des*

*propositions de soins et permettre à la personne malade de conserver des repères cohérents et son identité.* » [23]. L'objectif est donc d'arriver à un décloisonnement des professionnels afin qu'ils coopèrent et travaillent en complémentarité pour le patient.

Dans un environnement où le parcours de soins se complexifie, où les pathologies chroniques se développent et où le temps d'hospitalisation se réduit, une coordination efficace apparaît cruciale pour maintenir ou améliorer la qualité des soins.

L'enjeu interdisciplinaire pour la coordination des situations complexes est de permettre à tous les acteurs de travailler ensemble, dans le respect du rôle de chacun, d'apprendre à des professionnels issus de culture et de formation différentes à travailler autour du même objectif : un projet de soins voire de santé personnalisé pour la personne malade.

L'enjeu de la coordination des situations complexes serait aussi celui de l'évaluation et de la graduation de la complexité des situations pour permettre l'adéquation entre les besoins repérés et évalués et les réponses apportées en fonction des ressources disponibles. Cela nécessite de savoir et pouvoir évaluer le patient dans sa globalité et au plus près de son lieu de vie. Cela suppose également une connaissance et une collaboration de tous les acteurs du territoire passant par le dialogue, la communication et la concertation.

# II. La coordination des soins

Selon Régis AUBRY, la fonction de coordination devient incontournable dans de nouveaux et nombreux domaines de la santé. La formation à la coordination est donc un levier essentiel pour la transformation des pratiques professionnelles, pour l'évolution du système de santé et l'optimisation de son fonctionnement. Mais cette évolution nécessite au fond un changement culturel profond de notre société moderne marquée par « *l'individualisme, une certaine conception du pouvoir et du territoire, la force de la tradition et l'ancrage de certains corporatismes.* » [28].

## A. La coordination des soins : cadre déontologique et légal

### 1. Cadre déontologique

Depuis la première définition de la médecine générale de Leeuwenhorst en 1974 jusqu'à celle plus récente de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practionners/ Family Physicians (WONCA) en 2002, l'approche centrée sur le patient, la coordination, la continuité et la globalité des soins ont toujours fait partie des devoirs du médecin généraliste.

Selon la définition de l'exercice de la médecine générale par le groupe de travail de Leeuwenhorst en 1974 [29], le médecin généraliste doit avoir une approche globale centrée sur le patient c'est-à-dire qu'il doit inclure les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Il doit aussi assurer la continuité des soins et pratiquer une médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux.

En 1991, la WONCA propose une nouvelle définition de la médecine générale s'appuyant fortement sur celle de Leeuwenhorst. En effet, elle confirme le devoir du médecin généraliste de « *prendre en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques* » du patient et d'assurer « *la continuité et la globalité des soins* » [30].

Puis en 1995 en France au sein du Conseil national des Généralistes Enseignants, B. Gay énonce les dix fonctions du médecin généraliste, parmi lesquelles on retrouve toujours :

- « *une approche centrée sur le patient* »
- « *une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté)*
- *« la continuité des soins »*
- *« la coordination des soins »* [31]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe reprend les mêmes critères que B. Gay dans sa définition publiée en 1998 [32].

Enfin en 2002, la WONCA Europe établi une définition de la médecine générale composée de onze critères [33]. Ils réaffirment de nouveau le rôle de coordinateur du médecin généraliste, la nécessité d'une approche centrée sur le patient et toujours les principes de continuité et globalité des soins.

## 2. Les réformes du système de santé

Durant les deux dernières décennies, de nombreuses mesures concernant la pratique de la médecine générale ont été mises en place afin de répondre aux mutations en cours (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, nouveaux besoins des patients). L'enjeu étant de tenter de maîtriser les dépenses de santé tout en maintenant ou améliorant la qualité des soins.

### a. Le médecin référent

La convention du 4 décembre 1998 a mis en place le dispositif du médecin référent visant à améliorer la coordination des soins [34]. Cette convention a été signée entre les caisses et les organisations de médecins généralistes et prévoyait que tous les assurés de 16 ans et plus puissent choisir pour un an renouvelable un généraliste qui avait opté pour s'inscrire comme médecin référent. L'assuré devait s'engager à ne pas consulter un autre médecin généraliste (sauf urgence, changement momentané de résidence ou autre situation exceptionnelle) ; il était alors dispensé de l'avancement de frais. Ce dispositif mis en place au niveau national était cependant non obligatoire et ne concernait pas les spécialistes. Les médecins généralistes adhérents devaient respecter un seuil maximal annuel d'activité compatible avec une médecine de qualité, ne pas pratiquer de dépassements, tenir pour le patient un document médical de synthèse, et prescrire les médicaments les moins coûteux. En contrepartie, il recevait une rémunération forfaitaire annuelle par tête (comme une forme de capitation). Ce dispositif se révélant coûteux pour l'assurance maladie, pris fin en 2004, lors de la mise en place du médecin traitant, alors qu' 1,2 millions d'assurés et 6100 médecins généralistes y avaient adhéré [35].

### b. Le médecin traitant

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (article L162-5-3) met en place un parcours de soins coordonnés par le médecin traitant.

« *Tout assuré ou ayant droit de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. [...] Le médecin traitant choisi peut être un généralise ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.* » [36].

Ce dispositif visait de nouveau à améliorer la coordination et la qualité des soins tout en répondant aux contraintes économiques. En replaçant le médecin traitant comme pivot du parcours de soins, ce dispositif avait effectivement pour objectif de limiter au maximum les rendez-vous et les examens redondants et inutiles, le médecin traitant orientant directement le patient vers les spécialistes ou les examens les plus appropriés. Cela a permis à la sécurité sociale de réaliser une économie de 722 millions d'euros au bout d'un an comme le souligne la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005. A noter que 93% des déclarations de médecins traitants concernaient des médecins généralistes [37].

Elle instaure également le Dossier Médical Partagé (DMP) pour « *favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins* ». Ce dossier est accessible par les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de santé après accord du patient concerné. Ils doivent y noter les informations diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins du patient.

En septembre 2010, une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [38], les interrogeant sur l'impact de la mise en place du dispositif du médecin traitant sur leur pratique quotidienne. La majorité des médecins répondants ont affirmé que ce dispositif n'avait pas fait évoluer leur pratique professionnelle. Cependant certains généralistes ont constaté un effet positif sur l'orientation du patient dans le parcours de soins coordonnés (même si presque autant ont constaté un effet négatif). Les autres effets positifs constatés concernaient le suivi médical des patients et la coordination par la synthèse des informations et leur intégration dans le dossier. Les principales évolutions positives constatées dans l'activité professionnelle des médecins étaient la réduction des recours multiples pour un même problème de santé, la reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste et les échanges avec les médecins correspondants.

La principale évolution négative était la nette augmentation des tâches administratives (pour 9 médecins sur 10).

Du côté des patients, 80% consultaient leur médecin traitant avant un spécialiste d'après une enquête réalisée fin 2007 [39], même si 40% ne jugeaient pas cela utile. Dans cette même enquête, les spécialistes interrogés estimaient que leur pratique avait été rendue plus difficile depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant.

### c. Loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST)

Le texte de loi a été signé le 23 juin 2009 par l'Assemblée Nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat et a été publiée au journal officiel le 22 juillet 2009 [36].

Les objectifs de cette loi sont la garantie d'une offre de soins de qualité, l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, la fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social (et à l'intérieur de chacun de ces secteurs).

Elle acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé et réaffirme explicitement la mission de coordination des soins dévolue aux médecins généralistes. Elle propose, en quatre grands titres, une réorganisation globale du système de santé. Parmi les sujets traités, celui du décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social et de la coordination en générale du système de santé est prioritaire.

La loi HPST crée les Agences Régionales de Santé pour permettre le décloisonnement des compétences et des autorités publiques en matière d'administration de la santé au niveau régional. Les ARS constituent désormais un interlocuteur unique régional à la place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS), des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), des Groupements Régionaux de Santé

Publique (GRSP), des Missions Régionales de Santé (MRS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM).

Elle confirme le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge de premiers recours du patient. Le médecin traitant doit orienter le patient dans le système de soins et le secteur médico-social, doit coordonner les soins, mais aussi exercer les actions de prévention, de dépistage et l'éducation à la santé. Il est secondé sur le terrain par des structures locales (SSIAD, HAD, réseaux de santé, CLIC, MAIA, MDPH...).

#### d. Du programme personnalisé de soins au plan personnalisé de santé (PPS)

La notion de parcours s'impose depuis quelques années répondant à l'évolution de notre système de santé pour répondre notamment à la progression des maladies chroniques. Le parcours a une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser une prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile). Les objectifs de l'approche « parcours » annoncé par l'ARS sont : « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.* » [40].

Dans cette logique de parcours de soins, la HAS a publié en février 2012, un modèle de programme personnalisé de santé définit comme « *un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins de personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il vise à assurer une planification coordonnée et prospective de la prise en charge, une implication du patient, une harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours du patient* » [41]

En mars 2014, suite au retour d'expérience des professionnels des domaines sanitaire et social qui l'ont utilisé et à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dans le cadre des expérimentations « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA), un nouveau modèle de Plan

Personnalisé de Santé est publié. Ce PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). Son objectif est toujours de favoriser la prise en charge coordonnée par une équipe pluri-professionnelle. Il est établi après la réalisation d'une évaluation globale (biopsychosociale) de la personne. Un suivi est ensuite réalisé avec une ou plusieurs réévaluation(s). L'HAS a mis en ligne un mode d'emploi de ce PPS à la disposition des professionnels de santé [42].

La HAS a également publié en 2014 quatre guides concernant des parcours de soins en maladies chroniques: bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie de parkinson, maladie rénale chronique et insuffisance cardiaque. A la différence des guides Affection Longue Durée (ALD) déjà existants, ceux-ci sont destinés à l'ensemble des professionnels prenant en charge les malades. Ils abordent la globalité du parcours, et non plus seulement les critères d'ALD [43].

### e. La stratégie Nationale de Santé (SNS)

Force est de constater que depuis plusieurs années, le besoin d'évolution du système de santé pour répondre à l'augmentation des situations complexes entre autres est récurrent malgré de multiples rapports, lois et actions ponctuels. C'est dans ce contexte que Marisol Touraine, ministre des affaires sanitaires et sociales, présente la Stratégie Nationale de Santé le 23 septembre 2013 [44]. Celle-ci est établie à partir des conclusions du Comité des sages présidé par Alain Cordier. L'ambition de la SNS est de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux importantes mutations qui sont en cours (vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...). Cette stratégie promeut une médecine de parcours coordonné par le médecin traitant, « *lorsque le médecin prendra en charge un patient, il aura la*

*responsabilité et les moyens de garantir un parcours de soins adapté aux différentes étapes de la prise en charge, avec l'appui de coordinateurs et d'animateurs de parcours* » annonce la ministre. Il y a donc une volonté de faire évoluer le premier recours et cela passe par un nouveau mode d'exercice et donc une transformation de la formation des professionnels de santé et l'identification de nouveaux métiers au service des usagers. « *Il faut développer la culture de l'inter-professionnalité, il faut décloisonner les formations* » affirme Mme Touraine. Pour cela il faut faciliter les échanges entre les professionnels de santé, notamment grâce à la promotion du Dossier Médical Partagé et des messageries sécurisées. La coordination des soins est donc aujourd'hui une préoccupation centrale dans la politique de santé française.

## B. Place et point de vue du patient

Le rôle et la place du patient dans la coordination de ses soins sont très souvent mésestimés. Pourtant, c'est bien lui qui est au centre de la chaîne de soin, dénominateur commun des différents acteurs. Il est détenteur des informations le concernant et est le vecteur de l'information entre les différents intervenants. A. Sarradon, anthropologue et auteur d'une étude sur les relations soignants-soignés, le souligne : « *une partie de la coordination des soins est assurée par le patient ou par sa famille : articulation du travail de chaque intervenant, demande d'avis spécialisé, transfert de l'information entre professionnels sur son diagnostic ou son traitement, lorsque le professionnel n'a pas reçu de lettre du correspondant ou du prescripteur* » [45], le patient devient, volontairement ou non, le coordinateur de sa prise en charge, soulignant de ce fait les écueils de la chaîne de transmission de l'information. Il faut noter que le médecin généraliste se sert beaucoup de l'opinion des patients à l'égard des spécialistes qu'ils ont rencontrés pour construire leur réseau de correspondants. Cependant, A. Sarradon affirme que malgré leur rôle incontesté de coordinateur, les patients attendent néanmoins que les professionnels communiquent entre -eux et échangent sur

leur cas comme une garantie de « bons » soins. Ils accordent une importance élevée à la coordination des soins par le généraliste. Une étude réalisée en 2011 [46] a utilisé la méthode *Delphi classant* pour étudier si les transformations du système de soins répondent aux attentes des patients. La coordination des soins par le généraliste émerge dans cette étude comme un aspect important de l'organisation des soins d'après les usagers de médecine générale interrogés. Le principe de médecin traitant est ainsi bien admis, ce qui confirme une étude antérieure où près de 75% des personnes interrogées considéraient que cela a un impact positif sur la qualité des soins [47]. Mais cette enquête montre aussi qu'il semble nécessaire d'améliorer la coordination interdisciplinaire afin que le médecin traitant ne soit pas perçu comme un simple aiguilleur.

L'AHRQ (Agency for Healthcare research and Quality's) a recensé en 2010 [48], 36 études s'intéressant à la perception par les patients de la coordination des soins. Beaucoup d'entre elles concernaient une catégorie d'âge particulière ou une situation particulière (hospitalisation, sortie d'hospitalisation), sept questionnaires n'étaient pas ciblés sur une population ou une situation spécifique. Le questionnaire qui s'intéressait plus particulièrement à la coordination des soins est le Client Perception of Care Coordination Questionnaire (CPCQ). Le CPCQ est un auto-questionnaire composé de 31 items s'articulant autour de 4 catégories : le vécu global de la coordination par les patients, les activités de coordination du médecin généraliste, les activités de coordination des autres professionnels et l'implication et la satisfaction des aidants. Ce questionnaire a été validé par 2 études australiennes : le Coordinated Care Trial (CCT), un essai randomisé contrôlé incluant 1271 patients, et le General Practice Validation Study (GPA) une étude non interventionnelle portant sur 126 patients. Elles ont été réalisées avec des patients recrutés pour leur situation sanitaire « complexe », pouvant a priori tirer bénéfice d'interventions de coordination [49].

En 2011, une analyse comparative des manques de coordination vécus par les patients ayant des besoins complexes a été réalisée dans 11 pays (y compris la France) [50]. Tout d'abord cette étude confirme un manque de coordination

des soins dans chacun de ces pays. Puis elle met en évidence que les patients suivis par des maisons médicales (centrées sur le patient, constituées de cliniciens accessibles, connaissant les antécédents du patients et communicant entre eux) sont plus satisfaits de la coordination de leurs soins et qu'ils sont moins susceptibles d'éprouver des lacunes de coordination ou de signaler des erreurs médicales.

## C. Concepts liés à la coordination des situations complexes

### 1. Continuité et globalité des soins

Les concepts de continuité et de globalité des soins sont inhérents à la médecine moderne. I. Krakowski, oncologue, définit ces concepts comme les « *soins appliqués tout au long de la maladie, quels que soient son stade et son issue, de façon continue et coordonnée, par une même équipe ou des équipes différentes.* » [23] Ce concept s'applique donc depuis le diagnostic jusqu'à la phase terminale d'une maladie. Cela comprend également le suivi des proches après le décès ou du retour à une qualité de vie après la rémission de la maladie.

Pour appliquer ce concept, l'interdisciplinarité et une prise en charge coordonnée centrée sur le patient semblent incontournables.

### 2. Interdisciplinarité

La nécessité d'appréhender le patient dans sa globalité a fait naitre la pluridisciplinarité.

Ce terme est fréquemment utilisé pour parler de l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient en situation complexe.

Pourtant celui d'interdisciplinarité traduit mieux le caractère essentiel des échanges entre les disciplines, selon J-M Lassaunière (médecin de soins palliatifs et de traitement de la douleur à l'Hôtel Dieu à Paris), il s'agit de « *mêler les compétences pour améliorer la compréhension des situations* » [51]. Selon le même auteur, « *l'interdisciplinarité se caractérise par la volonté d'analyser un objet d'étude complexe sur la base d'une collaboration entre professionnels différents et complémentaires.* ».

## 3. Coopération

La coopération comme l'a défini le Pr A-P Contandriopoulos, est le mode de relation que des acteurs (ou organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et sur la coordination de leurs tâches; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable [18].

## 4. Coordination

Une revue systématique de la littérature publiée en 2007 [52] a recensé plus de quarante définitions de la coordination des soins. A partir de ces définitions, les auteurs ont proposé une définition synthétique : « *la coordination des soins est l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins.* »

D'après l'article de Contandriopoulos [18], la coordination vise, premièrement à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences, etc.) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles.

Deuxièmement, que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation est garanti et, troisièmement, que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres. Le terme coordination désignera les interactions entre plusieurs professionnels de la santé. Le terme intégration visera davantage les interactions à l'échelon des organisations.

## 5. Intégration des soins

Toujours selon le Pr Contandriopoulos [18], l'intégration des soins est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. Une autre définition de Kodner et Kyriacou en 2000 : « *ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financiers* » [53]. L'intégration des soins exige donc des approches et des méthodes soutenant la coordination des services et la collaboration interprofessionnelle.

## 6. Graduation de la complexité pour une coordination adaptée : un concept propre au GCS du Bessin et du Pré-bocage

Afin de proposer une coordination adaptée à chaque situation, le GCS « *soigner et accompagner ensemble dans le Bessin Pré-bocage* » a établie à partir de son expérience, une graduation commune de la complexité des situations rencontrées sur l'ensemble des thématiques du réseau (soins palliatifs, diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, addictologie et Permanence d'Accès aux Soins de Santé) [16]. A chaque niveau de situation

correspond un type de coordination. Le médecin traitant garde un rôle dans chacune de ces coordinations.

***Niveau 1*** *= Situation simple*

- *Inhérente à toute prise en charge*
- *Autonomie du patient, de l'entourage et des référents*
- *Coordination périphérique par le médecin traitant*

***Niveau 2*** *= Situation compliquée*

- *Appel à l'interdisciplinarité, à l'éducation thérapeutique et à l'expertise d'une compétence supportive, pour aide à l'évaluation, conseil et orientation de façon ponctuelle*
- *Coordination périphérique par le médecin traitant*

***Niveau 3*** *= Situation complexe*

- *Multiplicité des problèmes et des intervenants*
- *Inadéquation entre la situation et les ressources de la personne, de son entourage et de l'équipe référente*
- *Réévaluation rapprochée, mobilisation de l'éducation thérapeutique et des compétences supportives sur la durée*
- *Appui à la coordination centralisée de proximité, en collaboration avec le médecin traitant*

***Niveau 4*** *= Situation extrême*

- *Situation unique*
- *Problématique au-delà des compétences et organisations locales ; aspects éthiques et /ou législatifs en jeu*

- *Réflexion collégiale ; prise de décision, temps de concertation et de coordination centralisée de proximité, en collaboration avec le médecin traitant.*

Durant les années 2012 et 2013, une identification et une graduation des situations sur l'ensemble des thématiques et des parcours de santé coordonnés du GCS permettent de quantifier respectivement à 428 et 461 la file active des personnes ayant bénéficié d'une gestion de situation complexe et d'un appui de coordination relevant du niveau 3 ou 4.

# III. Des organisations, des métiers et des outils pour mieux coordonner les situations complexes

## A. Des organisations

### 1. Les réseaux professionnels informels

Les médecins généralistes se sont adaptés spontanément aux changements liés au vieillissement et à la complexification du système de santé. En effet, même s'ils sont seuls physiquement face au patient, ils interagissent avec d'autres professionnels de façon épistolaire, par téléphone ou par courriel dans le cadre de la prise en charge coordonnée du patient. Ils se créent un « carnet d'adresses » que l'on peut appeler également un réseau professionnel informel. Chaque membre de ce réseau est choisi par le médecin généraliste, mais parfois aussi imposé par le patient. Il y a plusieurs manières de se constituer un réseau : hasard de l'annuaire téléphonique, selon les informations transmises par le patient ou les visiteurs médicaux, liens tissés au cours des études, congrès, connaissances personnelles, carnet d'adresses de son prédécesseur, besoins spécifiques de la patientèle, acteurs de proximité dans les zones rurales ...

La sociologue et ethnographe Aline Sarradon-Eck a réalisé une étude sur les interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels, fondée sur les monographies de dix cabinets de médecine générale, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), en zone rurale ou semi-rurale [45]. Dans cette étude, les relations des médecins généralistes avec les autres professionnels de santé étaient influencées par des idéaux duels: idéal de travail en équipe

comme à l'hôpital, idéal d'autonomie et idéal relationnel avec le patient. A ces idéaux s'ajoutent des contraintes multiples qui limitent ces relations interprofessionnelles : concurrences, manque de temps, manques de ressources intermédiaires entre ville et hôpital, méconnaissance des acteurs et du travail de chacun. De cela résulte une réelle difficulté des médecins généralistes à accompagner certains patients comme les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes souffrant de poly-pathologies qui pourtant nécessitent une coordination renforcée. De plus, cette étude met en évidence des besoins de collaboration et coopération, non seulement pour ces patients en situation complexe, mais aussi pour les soignants eux-mêmes, « *les relations interprofessionnelles répondent à des besoins essentiels (bien qu'implicites) des soignants : réassurances, décharge, partage, délégation et relégation* » [45], fondamentales pour l'équilibre des professionnels.

Cette étude observationnelle conclut qu'aucun acteur de la prise en charge n'a une vision globale de la prise en charge du patient et de ce fait qu'aucun n'est unanimement reconnu comme « acteur charnière » du réseau, « *même si chaque soignant tend (ou aspire) à endosser cette fonction, qui serait le plus souvent assurée par le patient ou sa famille* » [45].

## 2. Les nouvelles organisations de professionnels

Depuis quelques années, l'exercice en groupe est de plus en plus choisi par les médecins généralistes. Ce nouveau mode d'organisation facilite la coopération et la coordination nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins dans le domaine de la santé. Plusieurs organisations ont ainsi vu le jour : les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), les centres de santé, les pôles de santé, les réseaux de santé. Ces nouveaux modes d'exercice, valorisés dans le cadre de la loi HPST, facilitent la mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme les coopérations entre professionnels (article 51 de la loi HPST) ou la télémédecine (article 78 de la loi HPST).

### a. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles

Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles regroupent des médecins libéraux, des professionnels paramédicaux libéraux et éventuellement médico-sociaux sur un lieu unique, dans une approche coordonnée formalisée dans un projet de santé. La loi HPST réaffirme cette spécificité. Elles sont surtout situées en milieu rural mais peuvent aussi exister en milieu péri-urbain pour développer l'offre de soins dans les zones déficitaires [54].

### b. Les centres de santé

Les centres de santé, actés par la loi du 8 janvier 1991, sont des structures constituées de professionnels médicaux et paramédicaux salariés. Comme pour les MSP, les professionnels élaborent un projet de santé qui formalise l'organisation coordonnée du centre en fonction des besoins de la population [54].

### c. Les pôles de santé

Les pôles de santé, reconnus avec la loi HPST, peuvent être constitués de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux libéraux ou salariés, de différents services de santé (maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé), des établissements de santé et des services et établissements médico-sociaux [54]. Les professionnels ne sont pas obligatoirement regroupés sur le même lieu géographique et travaillent en collaboration avec les structures existantes sur le territoire.

Le mode de fonctionnement des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires (PSLA) inscrit dans la loi HPST a été confirmé dans la circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 pour le « lancement d'équipement en maisons de santé pluridisciplinaire en milieu rural ». Cette circulaire a été fortement inspirée de l'expérience bas-normande. En effet, depuis 2007, la Basse-Normandie s'est lancée dans une démarche de création de PSLA avec la signature en juin

2008 d'une « charte partenariale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires en Basse-Normandie » [55] afin de restructurer l'offre de premier recours sur le territoire.

Grâce à leur organisation fédérative, les pôles de santé proposent :

- une meilleure qualité de la prise en charge du patient par un exercice coordonné pluri-professionnel
- un décloisonnement des prises en charge sanitaires et sociales
- une pratique coopérative des professionnels, un partage des informations
- une continuité des soins sur le territoire
- une offre de soins plus lisible, mieux structurée et coordonnée [55]

Les pôles de santé peuvent emprunter des statuts juridiques différents : associations, Groupement de Coopération Sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupement d'intérêt public ou Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

Par exemple, sur le territoire du Bessin Pré-bocage, il existe un seul PSLA situé à Isigny. Il est porté par une SISA dans une maison de santé pluri-professionnelle regroupant aussi une antenne de l'HAD-SSIAD (association soins et maintien à domicile du Bessin) et une consultation avancée d'addictologie (Centre Hospitalier (CH) de Bayeux). Tous ces acteurs sont membres du GCS du Bessin Pré-bocage à qui ils ont confié la gestion du bâtiment et avec lequel ils coopèrent pour le projet de santé.

## 3. Les structures de coordination

Les structures de coordination n'assurent pas directement des soins aux patients mais les coordonnent.

### a. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Les CLIC sont des lieux d'accueil de proximité, d'information et de coordination pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage. Il existe trois niveaux de CLIC définis selon leurs missions. La mission de coordination est plus spécifique des CLIC de niveau III. Ces derniers assurent non seulement l'accueil et l'information mais aussi l'évaluation et le suivi des plans d'aide qu'ils mettent en œuvre et la coordination des actions des différents professionnels [56].

### b. Les MAIA

Les MAIA font l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Leur objectif principal est « *de favoriser une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement dans une perspective d'intégration de l'ensemble des acteurs qui participent à la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, à leurs aidants ou, plus largement, à toutes les personnes âgées en lourde perte d'autonomie âgées de plus de 60 ans*» [57]. Elles sont un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination reposant sur une structure préexistante (CLIC, Conseil Général, accueil de jour, MDPH, hôpital ou association France Alzheimer). Elles constituent un guichet unique pour les malades, leur entourage et les professionnels intervenants auprès de la personne malade. Après une expérimentation nationale de deux ans, les MAIA ont été déployées sur l'ensemble du territoire en 2011. La mesure 5 du plan Alzheimer 2008-2012 a mis en place des « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas » au sein des MAIA. Ce coordonnateur est l'interlocuteur direct du patient, de la famille et du médecin traitant. Il évalue la situation, élabore un projet individualisé, fait le lien avec les différents intervenants et suit la réalisation des actions. Sa mission est continue dans le temps, même pendant les éventuelles hospitalisations, et s'exerce dans les champs sanitaire et social [57]. Depuis 2013, l'acronyme MAIA ne signifie plus « Maison pour l'Autonomie et

L'Intégration des malades Alzheimer » mais « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ». Cette nouvelle appellation souligne la volonté d'aller au-delà de l'action de coordination, vers une action d'intégration des services et des soins. Cette « intégration » a pour objectif de partager entre tous les acteurs les moyens d'action, les actions elles-mêmes et la responsabilité de ces actions [58].

### c. Hospitalisation A Domicile (HAD), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

L'HAD permet d'apporter à domicile des soins continus et coordonnés à des patients souffrant de pathologies graves, aigues ou chroniques. Elle se compose d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, aides-soignants, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, assistante sociale,...) et médicalisée (médecin coordonnateur) [59]. Les objectifs de l'HAD sont différents de ceux d'un séjour à l'hôpital. Ils sont : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, pharmaciens, services à domicile, services sociaux). L'HAD est un véritable dispositif de coordination des soins et des services à domicile. L'accord du médecin traitant est nécessaire car c'est lui qui prend la responsabilité médicale des soins pendant le séjour en HAD. En France en 2013, 105 000 patients ont pu bénéficier d'une hospitalisation à domicile [60]. Depuis 2005, l'HAD bénéficie d'un système de tarification à l'activité (T2A) qui, en combinant les modes de prise en charge, le degré de dépendance du patient et la durée du séjour, permet de classer ce dernier dans un groupe homogène de tarifs.

Les SSIAD, créés par la circulaire n° 81-8 du 1er octobre 1981, apportent à la personne en perte d'autonomie, une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, un soutien aux familles et un accompagnement en fin de vie [61]. Leur objectif est de maintenir le plus

longtemps possible les personnes âgées de plus de 60 ans (ou de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant un handicap) dans leur milieu de vie habituel, avec et grâce à l'aide et la participation des familles. Les SSIAD peuvent assurer des soins de nursing par des aides-soignantes et techniques par des infirmières. L'intervention du SSIAD auprès d'un patient nécessite une prescription médicale et une évaluation des besoins de la personne par une infirmière coordinatrice. Le suivi et la continuité des soins sont appuyés par un dossier de soins laissé au domicile du patient, accessible à tout autre intervenant extérieur et/ou libéral ainsi qu'à sa famille. Jusqu'en 2006, les SSIAD étaient financés par un forfait journalier dont le montant plafond était fixé par arrêté du ministre aux personnes âgées. Ce forfait journalier a été remplacé en 2006 par une dotation globale de soins (art R.314-138 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Puis une réforme de tarification des SSIAD a été débutée en 2008 et est en cours de concertation.

Les relais de prise en charge entre les SSIAD et l'HAD sont parfois difficiles à mettre en œuvre, à cause des incohérences du système de tarification : certains patients sont trop lourds pour le SSIAD et trop léger pour l'HAD. Cette inhomogénéité des tarifications contribuent parfois à rendre complexes certaines situations.

#### d. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale prévues par la loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, créées dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) [62]. Elles ont pour objectifs la prévention, l'accès au système de santé pour les personnes en situation de précarité et leur accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (Art. L.711-7-1 Code de la santé publique). La PASS est aussi un dispositif de coordination, intervenant de manière transversale pour des patients en situation de précarité identifiés par les équipes de professionnels des différentes thématiques (maladies chroniques, cancérologie,

addictologie,...). Le coordinateur de la PASS aide à la prise en charge du patient, en appui des structures existantes et peut également aider des services partenaires à mieux collaborer ensemble.

### e. Les réseaux de santé

Définition et bref historique

Comme le souligne Gilles Poutout dans sa revue hospitalière de France « *Les réseaux se développent quand le système de santé montre des failles ou des lacunes. Tel est le terreau des réseaux : ils sont venus pallier les inadaptations, les rigidités et les cloisonnements du système de santé français* » [63]. Les réseaux sont issus d'initiatives de terrain, ils ont été ensuite progressivement légalisés et étendus.

En France, ils ont émergé lentement sous l'impulsion des associations de patients atteints du SIDA dans le milieu des années 80. Cette pathologie nouvelle a créé le besoin de répondre à des prises en charge complexes faisant intervenir de multiples intervenants et nécessitant un suivi sur le long terme. Les premiers réseaux ville-hôpital ont été créés dans ce contexte, définis ensuite par la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale de personnes atteintes d'infections à VIH. Ils réunissaient médecins généralistes, praticiens hospitaliers, professionnels paramédicaux et travailleurs sociaux avec le souci d'améliorer la prise en charge de ces patients. Constatant ensuite l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux autres domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention,...), ce sont les ordonnances de 1996 qui fourniront une base légale aux réseaux de santé, ainsi que des outils indispensables à la gestion en réseau : dossier médical partagé, informatisation, système d'information...

En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) propose une définition du réseau de santé :

« *Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins...* » [64].

Pour la Coordination Nationale des Réseaux (CNR), les réseaux « *constituent à un moment donné sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté.* » [65].

Ils ont finalement été reconnus dans leur forme actuelle dans le code de la Santé publique depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi défini les réseaux comme des dispositifs de coordination des parcours de santé :

« *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.* »

Ils se constituent entre « *les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers.* » [66].

Ils proposent donc une prise en charge globale allant de l'information à la prévention, à l'orientation et à l'éducation à la santé. Pour ce faire, leurs rôles s'étendent aux familles et aux aidants. Ils facilitent le travail quotidien des professionnels, notamment celui des médecins traitants, en leur offrant un cadre de coopération, de dialogue et d'action coordonnée.

Ils sont financés depuis 2007 par le Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), remplacé par le fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Contrairement aux réseaux professionnels informels, ils sont donc créés dans le cadre de la loi et financés par les pouvoirs publics.

Bilan des réseaux de santé

Certains réseaux sont organisés autour de problématiques de santé (diabète, insuffisance cardiaque, VIH, sclérose en plaques...), d'autres autour de populations spécifiques (personnes âgées, femmes enceintes, soins palliatifs...). Tous assurent la coordination des acteurs autour d'un patient pour lui assurer un parcours de santé le plus fluide possible, concrétisé par un plan personnalisé de santé.

D'après le rapport d'activité du FIQCS en 2009 [67], 742 réseaux de santé existaient en France et couvraient 22 thématiques de coordination de prise en charge des patients. Les réseaux gérontologiques (16%), les réseaux de soins palliatifs (13%) et de cancérologie (9%) étaient les plus représentés.

Cependant, la multiplication des réseaux centrés chacun sur une thématique de santé ou une population spécifique a fini par construire un maillage complexe pour les acteurs transversaux notamment les médecins généralistes. Ces derniers en effet étaient parfois amenés à adhérer à trois ou quatre réseaux sur le territoire, avec dans chaque cas des procédures différentes et un système d'information différent. En plus de l'hétérogénéité de leur fonctionnement, les réseaux sont actuellement inégalement répartis sur le territoire national aggravant les inégalités de l'offre de soins comme l'annonçait le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en mai 2006 [68]. Ce même rapport annonçait également que l'implication des professionnels de santé, surtout des médecins généralistes, restait faible et que les résultats en terme de service médical rendu aux personnes malades étaient décevants avec un nombre de patients pris en charge qui semblait

limité.  En plus de ces critiques, la DGOS constatait que « *Certains réseaux ne répondent plus à la définition et aux objectifs initiaux : ils proposent une expertise de type hospitalière, élisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes, la prise en charge directe des pathologies ou des soins non pris en charge par l'assurance-maladie, des soins de support.* » [69].

Finalement la multiplication des réseaux, l'hétérogénéité de leur fonctionnement et le manque d'élargissement à une prise en charge pluri-pathologique risquent d'aboutir à un système de santé plus complexe et plus coûteux comme l'avait souligné le Pr R. Aubry, tout en déplaçant ou recréant les cloisonnements [28].

Le rapport de l'IGAS atténuait cependant ces propos en reconnaissant « *qu'ils restent potentiellement intéressants* » puisqu'ils améliorent la prise en charge du patient, grâce à un meilleur suivi conforme aux recommandations de bonne pratique, un meilleur dépistage des complications et un parcours de soins du patient facilité [68].

La thèse de Ophélie Berthod-Kanta « La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes? » [70], mis en évidence des freins à l'adhésion des médecins généralistes français à un exercice coordonné au sein d'un réseau : l'existence d'un réseau informel fonctionnant déjà bien, les conflits interpersonnels et l'opposition au réseau, la réticence au changement, la pénibilité des tâches administratives, la méconnaissance du fonctionnement du réseau et la sensation de dépersonnalisation. Les motivations évoquées cependant par les médecins de cette thèse étaient : la gestion des personnes dépendantes à domicile, l'amélioration de la coordination des soins et de leurs pratiques, le respect du choix du patient et le remboursement de certaines prestations.

Vers des réseaux territoriaux pluri-thématiques

Devant ce bilan contrasté des réseaux, la DGOS a publié en 2012 un guide afin de « *faire évoluer les réseaux vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premier recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients* » [14]. Ainsi l'idée a été d'orienter les réseaux vers la création de réseaux territoriaux de proximité, pluri-thématiques, ciblant les patients les plus complexes, avec la mise en place d'une coordination d'appui au médecin généraliste. Ces réseaux s'inscrivent dans le projet global des Agences Régionales de Santé de regrouper les réseaux intervenant sur un même territoire, afin d'assurer une meilleure lisibilité de leur action, à la fois pour les usagers et les professionnels de santé. L'objectif est non pas de créer encore une nouvelle structure se juxtaposant aux autres mais d'optimiser les ressources du territoire [69].

Sur le territoire du Bessin et du Pré-bocage, il existe ainsi un réseau de santé pluri-thématique unique [16]. Ce Réseau de Santé du Bessin (RSB) a été créé en 2005, porté initialement par l'Association Soigner Ensemble puis depuis le 10 juillet 2007 par le GCS de droit privé « Soigner Ensemble dans le Bessin ». Il couvre le territoire du pays du Bessin et depuis 2012 du Pré-bocage. Il regroupe plusieurs actions thématiques fédérées et coordonnées : soins palliatifs (Le Lien en Bessin), diabétologie, insuffisance cardiaque, maladies cardiovasculaires, obésité, addictologie, PASS et prévention-périnatalité et parentalité.

Les objectifs de ce réseau sont :

- La promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique,
- L'apport d'une plus grande cohérence aux prises en charges répondant à des référentiels partagés,

- D'éviter les ruptures de parcours de santé
- et d'améliorer les conditions de travail et d'exercice de l'ensemble des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux.

Le GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage* » s'inscrit à travers ses thématiques, dans la politique régionale de santé et dans les objectifs du guide méthodologique de la DGOS d'octobre 2012.

Il existe quatre collèges au sein du GCS qui représentent l'ensemble de l'offre de soins du territoire :

- Collège 1 : Etablissements de santé (CH de Bayeux et d'Aunay sur Odon),
- Collège 2 : Acteurs de santé de premier recours (les associations Soigner Ensemble et Hospipharm 14, la SISA des professionnels de santé du canton d'Isigny-Grandcamp Maisy et l'association « Amicale des médecins libéraux du Bessin »),
- Collège 3 : Maintien à domicile et Hébergement des personnes âgées (les associations Soins et Maintien à domicile du Bessin et « Les EHPAD du Bessin et du Pré-Bocage »),
- Collège 4 : Structures médico-sociales (l'association 'Le médico-social dans le Bessin et le Prébocage »).

Le travail en interdisciplinarité, le décloisonnement et la coordination des secteurs sanitaire, médico-social et social, publics et privés, hospitalier et libéral sont ainsi les principes de fonctionnement de ce réseau. Il permet également sur les différentes thématiques, la gestion et la coordination des situations complexes.

## B. De nouveaux métiers

### 1. Le « case manager » ou « gestionnaire de cas »

Le concept de case management a vu le jour en Amérique du Nord dans le cadre de la prévention de la pauvreté puis s'est étendu au monde de la santé avec la seconde guerre mondiale et la désinstitutionalisation des blessés de guerre. Le case management ou la gestion de situations complexes cible des populations qui ont besoin à un moment donné d'un accompagnement personnalisé par une personne-ressource, facilitatrice et médiatrice [11]. Le terme anglo-saxon « case management » pourrait être traduit en français par « gestion de cas » même si ce terme n'en reflète pas tout à fait la définition exacte.

Les sociétés américaine et australienne de Case Management [72,73] définissent ce concept comme une démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et défense des intérêts de la personne, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficience et de qualité. La société de case management de Grande-Bretagne propose également une définition très proche [74].

Le « case manager » (ou « gestionnaire de cas » ou encore « gestionnaire de parcours de soins ») est généralement issu du domaine social ou paramédical. Sa mission est d'assurer la continuité et la cohérence du parcours de soins chez la personne en situation complexe. Il évalue les besoins au domicile, met en place un plan d'aide médico-social, s'assure de la réalisation des services et ajuste les interventions en fonction de l'évolution de la situation qu'il réévalue régulièrement.

Cette profession existe déjà depuis 30 ans dans les pays anglo-saxons où le case manager exerce sa profession selon des règles de sécurité, conformément à l'éthique, de façon efficace et équitable, et sans discrimination [74].

En France, le case-manager commence seulement à faire son apparition depuis quelques années, à la faveur du plan Alzheimer 2008-2012 et de l'expérimentation des MAIA. Effectivement le plan Alzheimer prévoit « *de construire un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement en se plaçant du point de vue de la personne malade et de sa famille, afin d'organiser le système autour de leurs besoins. Pour cela, ce plan propose une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire, sociale, médicale et paramédicale, avec des objectifs partagés pour les différents acteurs. Cela repose sur la mise en place :*

*- d'une porte d'entrée unique, sur la base des structures existantes, labellisée « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)*

*- des professionnels coordonnant les interventions médicales et sociales, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différentes interventions pour les personnes atteintes de la maladie dont le cas est complexe, les « coordonnateurs » (« case manager »). Ce système, destiné en premier lieu aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sera ensuite élargi à l'ensemble des personnes âgées dépendantes.*

*En 2012, chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et son aidant pourront s'adresser à une porte unique d'accès aux soins et services, et sera suivie par un référent, qui dans les cas complexes, sera un véritable coordonnateur de la prise en charge et de l'accompagnement.* » [57].

Le gestionnaire de cas des MAIA ne peut suivre plus d'environ quarante personnes simultanément afin de pouvoir agir pré ou pro-activement et non dans l'urgence. Cependant, la gestion de cas ne représente qu'une partie du dispositif MAIA, qui est ciblé en premier lieu sur l'organisation des services pour améliorer les réponses apportées aux usagers et faciliter le travail des

professionnels. Seuls les patients en situation complexe sont orientés vers le gestionnaire de cas [11].

Concernant les relations entre le médecin généraliste et le gestionnaire de cas, elles constituent le binôme central dans le fonctionnement des modèles d'intégration des services testés et mis en place à l'étranger (Grande-Bretagne, Etats-Unis, Canada,...). Ces relations ont été étudiées au travers de quelques travaux menés surtout aux Etats-Unis. La collaboration du médecin traitant avec le « case manager » permettait une amélioration des résultats obtenus notamment en termes d'état de santé de la population et d'adhésion de son patient au processus [75]. Les médecins adhérents à ces modèles étaient satisfaits de leur relation avec le gestionnaire de cas. Les médecins qui ne souhaitaient pas adhérer, justifiaient leur décision par leur difficulté à travailler avec un nouveau professionnel de santé juste en échangeant des appels téléphoniques [76]. En fait plusieurs travaux mettaient en évidence la méconnaissance des médecins généralistes concernant les fonctions du coordinateur d'appui et sur ce qu'il pourrait leur apporter dans le cadre de la prise en charge de leur patient en situation complexe [77].

De plus, cette collaboration soulève les questions de la responsabilité clinique partagée et du transfert de tâches qui entrainent des résistances de part et d'autre entre ces deux types de professionnels [78].

Plus récemment, la thèse de Matthieu de Stampa [79] a montré que les médecins généralistes étaient favorables à une collaboration avec ces nouveaux professionnels, ce qui allait à l'encontre de travaux plus anciens. Il a mis aussi en évidence la demande des médecins généralistes à ce que le case manager soit une infirmière, ceci s'expliquant par la proximité et les habitudes de travail en collaboration qui existent déjà entre ces deux professionnels. Pour de Stampa, la mise en place de « case manager » en France pourrait être nécessaire dans toutes les situations où il n'y a pas de coordinateur identifié en tant que tel, au niveau de la personne en situation complexe. Ce case manager serait identifié comme l'interlocuteur unique et travaillerait en binôme avec le médecin traitant. Pour les autres situations, il

soulignait qu'il était peut être nécessaire de s'appuyer sur les coordonnateurs existants pour éviter de faire des doublons et d'accompagner plutôt leurs actions de « case management » de façon temporaire.

## 2. Les coordinateurs d'appui pour les situations complexes en France

Depuis le déploiement des MAIA, d'autres structures ou organisations utilisant un fonctionnement proche du case management auprès des patients en situation complexe ont vu le jour en France. C'est le cas notamment des réseaux de santé intervenant dans le domaine du handicap neurologique, de la santé mentale et des troubles psychiques, des réseaux gérontologiques ou encore du réseau ARESPA en Franche-Comté.

Le réseau ARESPA (Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui) [80] met en œuvre la coordination d'appui. L'équipe de ce réseau comprend neuf coordinatrices qui interviennent auprès des patients en situation complexe. La demande d'intervention provient principalement des médecins traitants, mais peut aussi venir d'autres professionnels de santé libéraux, de professionnels des établissements de santé publics ou privés, des travailleurs sociaux, des services d'aide à domicile, de l'HAD, du patient ou de son entourage. Dans tous les cas, leur intervention ne se fait pas sans information du médecin traitant. Les coordinatrices ne se substituent pas à lui, mais viennent compléter ses compétences, essentiellement dans les domaines social et médico-social. En effet, pour le territoire d'ARESPA, la demande des médecins généralistes concernait surtout le domaine social. L'objectif de cet appui de coordination est de délivrer les médecins traitants de certaines tâches chronophages ou pour lesquelles ils manquent de compétences notamment dans le champ du social. Les coordinatrices vont réaliser une évaluation à domicile afin d'identifier les besoins du patient, puis définissent un plan d'aides avec le patient et/ou sa famille, validé par le médecin traitant. Elles s'assurent ensuite de la mobilisation des ressources nécessaires

et effectuent des réévaluations régulières de la situation afin de prévoir d'éventuels réajustements. L'ensemble du suivi et des informations est transmis à chaque fois au médecin traitant ainsi qu'à tous les acteurs de la prise en charge.

Régis AUBRY décrit la coordination d'appui comme « *une fonction nouvelle dans le champ de la santé, qui se situe à l'articulation entre expertise, conseil, soutien, compagnonnage, facilitation.* » [28]. Cette action de coordination d'appui ne se substitue pas aux activités du médecin traitant mais cherche à les compléter. Le positionnement « extérieur » du coordinateur d'appui par rapport au médecin traitant et aux autres acteurs de proximité lui permet d'analyser les situations de terrain en sortant du cadre et d'adopter la posture professionnelle la plus adaptée.

Cette fonction d'appui à la coordination est abordée dans le guide de la DGOS de 2012 et y fait même l'objet d'une fiche pratique [14]. La DGOS explique que la fonction d'appui à la coordination doit se limiter aux patients en situation complexe, sans critère d'âge. En effet, dans la majorité des cas ce sont les acteurs de soins eux-mêmes qui assurent déjà la coordination des soins du patient, en particulier le médecin généraliste. La fonction d'appui doit intervenir en réponse à un besoin exprimé par les effecteurs, notamment lorsqu'ils identifient une situation complexe à laquelle ils ne peuvent répondre seuls avec leurs propres moyens.

Selon ce même guide, le coordinnateur d'appui relève de deux types de profils : professionnel de santé (notamment infirmière) et/ou travailleur social. Il doit avoir une expérience professionnelle d'au moins dix ans et une formation spécifique à la fonction de coordination des parcours de santé ou d'organisation du système de santé. Il doit être en capacité de coordonner environ 150 à 200 patients par an.

Les missions du coordonnateur d'appui sont :

- L'organisation et la planification du parcours de santé du patient en situation complexe, sous la responsabilité du médecin généraliste,

- L'apport d'un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) auprès du patient,
- L'assurance d'une bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et entre les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

L'outil principal du coordonnateur d'appui est le plan personnalisé de santé validé par le médecin traitant. Il traduit les besoins du patient et les interventions des professionnels de santé, du personnel médico-social et social. Il comprend le plan de soins, le plan d'aide et le plan d'éducation thérapeutique.

En Basse-Normandie, dans le cadre du projet régional de santé et de la proposition de structuration de la coordination des prises en charge pour les cas complexes en appui au médecin traitant, des expérimentations d'appui par des coordinateurs d'appui ont été mises en œuvre [15].

Il a été décidé de réaliser des projets expérimentaux d'appui à la coordination, sur un territoire urbain : Caen et communes limitrophes porté par l'association « *Revivre* » et sur deux territoires ruraux : communauté de commune de Cherbourg porté par l'association ADSEAM et le Bessin Pré-bocage porté par le GCS *« Accompagner et Soigner Ensemble sur le Bessin Pré-bocage* ». Les patients concernés étaient les patients en situation complexe tels que définis par le guide méthodologique de la DGOS. Sur chacun des territoires concernés, l'expérimentation a donc été mise en œuvre par un coordinateur d'appui, au sein d'une structure sociale, médico-sociale ou sanitaire porteuse du projet. Des plaquettes de présentation et d'information ont été envoyées à l'ensemble des médecins généralistes de chaque territoire concerné par l'expérimentation. Le but était que les médecins généralistes prennent connaissance de l'existence du coordinateur d'appui, de ses fonctions, et du numéro unique permettant de le joindre pour une aide et un appui dans les situations complexes qu'ils identifiaient.

### 3. Sur le territoire du Bessin Pré-bocage, bilan de l'expérimentation d'appui à la coordination des situations complexes :

Cette expérimentation a été menée par un coordinateur d'appui (IDE) sur une période d'un an (1er novembre 2013 au 31 octobre 2014) [81]. Le dispositif de l'expérimentation a été intégré dans le GCS et pour la gestion des situations complexes, le coordinateur d'appui a bénéficié de staffs déjà en place au sein du GCS (diabète, maladie cardiaque, gérontologie, soins palliatifs, addictologie) pour un objectif de décloisonnement ville-hôpital et spécifiquement pour aborder les situations complexes. Le coordinateur d'appui a également participé à des staffs médico-sociaux hospitaliers dans la perspective de certains retours à domicile. Au total, 757 situations identifiées comme complexes ont été signalées par les différentes structures ou professionnels au coordinateur d'appui pendant l'expérimentation.

Parmi celles-ci :

- 423 ont bénéficié de simples conseils et orientations pour faciliter la prise en charge ou bénéficier d'un parcours de santé organisé,
- 334 ont nécessité une évaluation approfondie du niveau de complexité (pré-PPS), nécessitant souvent la pluridisciplinarité et la concertation en staff,
- 155 ont bénéficié d'un appui de coordination par le coordinateur d'appui de l'expérimentation
- 179 ont été orientés vers un autre dispositif de coordination existant (PASS, soins palliatifs, MAIA, Addictologie)

Ces résultats entrent dans les objectifs du cahier des charges régional qui avait retenu un objectif de 120 situations coordonnées nécessitant un appui par un coordinateur d'appui en supplément des dispositifs existants. On a constaté que 150 situations complexes ont été signalées par des médecins traitants. Parmi les 91 médecins traitants du territoire, tous informés de cette

expérimentation, 34 ont bénéficié d'un appui de coordination avec rédaction d'un projet personnalisé de santé.

L'expérimentation a donc confirmé l'existence de situations complexes auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens et nécessitants un appui de coordination.

Des limites à ce mode de fonctionnement ont été cependant mises en évidence. En effet, une seule personne issue d'une formation IDE ou assistante sociale ne peut réunir toutes les compétences que requièrent la multiplicité et la variabilité des situations complexes. Le coordinateur d'appui doit donc pouvoir, en fonction de l'âge et de certaines thématiques de santé, réorienter ou faire appel à des équipes spécifiques (ou présenter la situation à un staff). Cette expérimentation a donc mis le point sur les limites de la polyvalence individuelle et sur la nécessité de s'orienter plutôt vers une polyvalence collective pour la gestion et la coordination des situations complexes.

L'appui de coordination n'est qu'un des aspects et des outils de la gestion des situations complexes. Cet appui quand il est nécessaire doit être bien identifié dans le PPS et effectué par un professionnel dont l'expertise dans la thématique du parcours de santé du patient le légitimise à être acteur de sa prise en charge. Ce professionnel en fonction de la thématique et des objectifs du PPS peut être intra ou extra-hospitalier. Dans un système déjà très cloisonné, avec une multiplicité d'acteurs et de structures, où les risques de « se substituer à... », et de « diluer les responsabilités » sont omniprésents, les compétences de coordination doivent être intégrées au maximum dans les compétences des professionnels déjà en place. Il semble que la polyvalence doit apparaître dans la dynamique du travail en réseau sur les différentes thématiques et non exclusivement dans un nouveau métier.

## C. Les outils de communication et d'information

### 1. Courriers, téléphone

La communication par courrier entre les professionnels de santé reste encore une façon de communiquer très fréquente. Une étude observationnelle effectuée en Rhône- Alpes en 2010, a montré que 88,8% des médecins généralistes de l'étude qui ont adressé un patient dans le parcours de soins coordonnés l'ont fait par le biais d'un courrier papier [38]. Les généralistes de l'étude de Bournot et al. en 2008 étaient plus de 90% à avoir rédigé un courrier pour adresser un patient aux urgences [82]. Cependant, il existe un réel décalage des informations entre les acteurs d'une prise en charge avec ce mode de communication. Par exemple, les délais de réceptions des comptes - rendus d'hospitalisation sont rarement conformes au délai légal de huit jours, et quand le médecin traitant reçoit ce courrier il est souvent devenu inexploitable. Finalement, les échanges d'informations se font fréquemment par l'intermédiaire du patient.

Ce mode de communication est donc parfois un frein à la coordination et à la continuité des soins.

Le téléphone, lui, permet l'accès immédiat à l'information. Dans l'étude de Assyag et al. en 2014, 81.3% des médecins ont déclaré parvenir à joindre directement leur confrère spécialiste au téléphone en cas d'urgence ou de besoin [83]. Dans une enquête de 2010 menée par l'URPS Ile-de-France [84], les médecins interrogés déclaraient passer en moyenne sept heures par semaine au téléphone avec leurs patients ou leurs confrères. Cette disponibilité s'étendait aux nouveaux moyens de communication : e-mail et téléphone portable. Les points négatifs de ce mode de communication étaient qu'il n'était pas rémunéré et qu'il perturbait souvent les consultations, 56% des généralistes franciliens déclaraient se sentir harcelés par le téléphone. Le

recueil de l'information souhaitée n'est donc pas toujours complet dans ces conditions.

## 2. Les réunions de concertation pluridisciplinaire et staffs

Selon la HAS « *les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment* » [85]. Elles sont incontournables en oncologie mais peuvent être utilisées pour toutes les prises en charge complexes quelques soit la spécialité concernée. Elles demandent cependant d'être présent physiquement et donc d'être disponible ce qui n'est pas toujours le cas des médecins généralistes.

Sur le territoire du Bessin Pré-bocage, tous les parcours de santé du GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble sur le Bessin et le Prébocage* » (diabète/obésité, maladies cardiovasculaires, addictologie, soins palliatifs, gérontologie), disposent d'une RCP ville/hôpital [16]. Les acteurs concernés par les prises en charges évoquées y sont invités et peuvent y participer physiquement, par téléphone ou par mail. Afin de faciliter la participation du médecin traitant, il est informé de la date et de l'heure à laquelle la situation de son patient sera abordée. Cependant la présence physique du médecin traitant reste difficile en raison de son manque de temps et/ou de son éloignement géographique. Son avis est tout de même toujours recherché concernant les décisions et les questions soulevées lors de la RCP. Si besoin, il est contacté par téléphone par le médecin coordinateur (ou l'IDE coordinatrice) et il peut de son côté faire part de ses remarques avant ou après la RCP (si ce n'est pendant) par le moyen qu'il souhaite (téléphone, messagerie sécurisée...). La synthèse de la RCP pour chaque patient évoqué est dictée, validée et diffusée par courrier ou messagerie sécurisée à

l'ensemble des acteurs de la prise en charge, à la fin de la RCP, en tenant compte de la décision du patient.

## 3. Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

Les TIC sont l'ensemble des techniques et des équipements permettant de communiquer à distance par voie électronique [86]. Ils ont pour objectif de réduire les déplacements pour les consultations médicales et de favoriser le maintien à domicile via des solutions de suivi médical à distance ou de domotique. Elles cherchent à répondre à la désertification médicale de certaines zones géographiques, à la spécialisation de la médecine, à l'augmentation des maladies chroniques et à la volonté de réduire les coûts de transport et d'hospitalisation. Elles permettent de faciliter les échanges entre tous les acteurs du système de santé et le patient dans le cadre du parcours coordonné d'un patient en situation complexe.

### a. E-mail et messagerie sécurisée

Internet et la création des messageries sécurisées de santé permettent maintenant aux professionnels de santé d'échanger entre eux, par email, des données personnelles de santé de leurs patients : comptes rendus de spécialistes ou d'hospitalisation, résultats d'examens complémentaires ou tout document jugé utile à la prise en charge coordonnée du patient. Ces échanges se font bien entendu dans le respect de la réglementation en vigueur (loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Le système Apicrypt est actuellement la messagerie sécurisée la plus utilisée en France avec plus de 47500 utilisateurs au 31 décembre 2013 [87]. Les avantages de ce mode de communication sont la facilité d'utilisation, la rapidité, le gain de temps au profit du temps dédié à la prise en charge du patient, le gain d'espace grâce à la dématérialisation des données. Grâce à ces

atouts, il contribue fortement à améliorer la coordination des parcours et les coopérations entre professionnels de santé de différentes disciplines.

Le GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Prébocage* » utilise la messagerie Apicrypt depuis 2008. Dans le Bessin, 70% des médecins généralistes sont équipés, ainsi que la totalité des pharmaciens, les secrétariats médicaux du CH de Bayeux et du CH d'Aunay sur Odon, quelques paramédicaux libéraux, les laboratoires et les cabinets de radiologie [16].

### b. Le Dossier Médical Partagé

Le dossier médical partagé est un dossier médical informatisé accessible depuis internet. Il est créé à la demande du patient, par un médecin ou une structure de soins. Si l'initiative ne vient pas du patient, il doit en être informé et son consentement recueilli. Il est accessible par le patient et par les professionnels de santé choisi par le patient, à l'exception des médecins du travail et des médecins des compagnies d'assurance. Son accès se fait par internet ou pour le médecin ou la structure de soins, via un logiciel compatible. Il centralise les informations médicales concernant le patient durant toute sa vie et permet le partage des données utiles à la coordination des soins entre les professionnels et les établissements. Le projet du DMP a été lancé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et le 2 décembre 2010, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a autorisé la première phase de généralisation du DMP sur l'ensemble du territoire [88].

Au 10 mai 2015, 538 515 DMP ont été créés en France, seulement 570 en Basse-Normandie [89]. Concernant les acteurs du DMP en Basse-Normandie, les chiffres les plus récents sont : 2 établissements de santé et 42 professionnels de santé libéraux en février 2014 [90]. Ces résultats sont inférieurs aux objectifs fixés par le ministère de la santé. Il semble que les professionnels ne se soient pas encore approprié ce dossier médical. L'étude de Lydia Omakhlouf réalisée en 2014 [91] a montré que la majorité des médecins généralistes ne connaissait pas les principes du DMP et qu'ils

souhaitaient participer à une action de formation sur le DMP. Des études effectuées dans des régions pilotes, ont montré de façon significative, que les médecins formés avaient plus d'ouverture de DMP à leur actif. Cependant l'utilisation du DMP reste également une charge de travail supplémentaire pour le médecin généraliste, pour laquelle aucune rémunération n'est prévue.

Concernant l'informatisation du dossier patient et le partage d'informations sur le territoire du Bessin Pré-bocage, le GCS a participé activement en 2014 aux travaux du GCS Télésanté Bas-Normand [92]:

- sur le projet de déploiement du DMP, le Bessin Pré-bocage ayant été reconnu comme territoire pilote,
- sur la mise en place d'un système d'information et de coordination commun aux réseaux de santé de la région, dans un premier temps dans le cadre de l'Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET) et ensuite déployé sur d'autres thématiques (pour le Bessin Pré-bocage : situations complexes, soins palliatifs, MAIA,...).

Depuis cette année, le GCS Télésanté Bas-Normand met en œuvre un projet visant à faciliter la prise en charge coordonnée du patient et la continuité des soins grâce à un outil, le Système d'Information de coordination (SI de coordination). Le SI de coordination est un outil métier pour la prise en charge des patients (diagnostic, création PPS, évaluation des besoins, conseil, expertise) visant à améliorer la communication et la coordination entre les acteurs de premier recours sur le territoire bas-normand. Les utilisateurs-cibles de ce projet sont les organisations collaboratives pluri-professionnelles (réseaux de santé, PSLA, MAIA, HAD, SSIAD,...) [92].

### c. La télémédecine

La télémédecine est une pratique médicale à distance mobilisant les TIC. Pour le conseil national de l'ordre des médecins , *« la télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance,*

*grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale* ». [93]

Elle permet de mettre en relation des professionnels de santé (parmi lesquels au moins un professionnel médical), entre eux ou avec le patient. Elle est mentionnée dans l'article 78 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et le décret d'application du 19 octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

Le déploiement de la télémédecine pourrait permettre d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous et sur tout le territoire, de favoriser les collaborations entre professionnels de santé et de faciliter le parcours de soins. La télémédecine constitue ainsi une réponse aux défis épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques et des poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels) et économiques (contraintes budgétaires). Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet Régional de Santé [93].

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a passé à la loupe 25 expériences de télémédecine, parmi près de 300 recensées en France, afin d'élaborer un guide destiné aux porteurs de projet télémédecine et aux ARS. Ce document est destiné à les aider à consolider les organisations de télémédecine existantes et à mettre en place de nouveaux projets afin de favoriser la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine. [94]

Le cadre de la télémédecine reste encore inachevé. En effet, les actes de télémédecine ne sont pas inscrits dans la classification commune des actes

médicaux, ni dans la nomenclature générale des actes et prestations, ils ne sont donc pas facturés ni pris en charge par l'assurance maladie. [88]

## D. SOPHIA et PRADO

SOPHIA est un programme d'accompagnement personnalisé des patients atteints de maladies chroniques lancé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2008 [11,93]. Les deux objectifs principaux sont l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des patients diabétiques, et depuis peu asthmatiques, et la réduction des complications et de la fréquence des comorbidités, dans un souci de maîtrise des dépenses de santé. L'accompagnement par courrier et téléphonique est adapté au profil du patient (facteurs de risque, nombre d'hospitalisations au cours des deux dernières années et écarts aux soins) et se fait en relai des recommandations du médecin traitant. Le programme SOPHIA concerne près de 530 000 personnes en France début 2015.

L'évaluation de ce programme, menée après un an de fonctionnement effectif, a mis en évidence une amélioration du suivi médical, une amélioration de certains indicateurs cliniques et une moindre progression des dépenses hospitalières. La méthodologie de cette évaluation a été discutée.

Depuis 2010, afin de faciliter le retour à domicile des patients, l'Assurance Maladie développe le programme PRADO (Programme d'Accompagnement du retour à Domicile), dont les objectifs sont d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville. Actuellement ce dispositif existe pour la sortie de maternité, l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque [11].

En conclusion, l'amélioration de la communication et de la coordination des soins entre les professionnels de premiers recours, notamment le médecin traitant reconnu comme pivot, autour du patient en situation complexe est une priorité nationale et régionale. De nombreux outils et dispositifs ont été créés ou sont en cours d'expérimentation dans ce sens, mais en pratique répondent-ils aux difficultés et aux attentes des médecins généralistes tout en leurs permettant de conserver leur rôle de coordinateur ?

# ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU BESSIN ET DU PRE-BOCAGE

# I. Hypothèses de travail

La démarche de planification de santé sur la région Basse-Normandie pour les années à venir, actée dans le Projet Régional de Santé, s'organise dans une logique de parcours de santé. Les acteurs de santé réaffirment, dans ce document issu de la concertation régionale, le rôle du médecin traitant dans la coordination de ces parcours. Il est proposé également de structurer la coordination des prises en charge pour les cas complexes en appui au médecin traitant. En effet, de nombreux facteurs que nous avons énumérés plus haut sont à l'origine de situations complexes appelées à devenir de plus en plus fréquentes dans les années à venir. La coordination des acteurs de premier recours devient encore plus indispensable. C'est pourquoi il nous a semblé important de faire le point avec les médecins généralistes pour identifier quelles sont leurs situations complexes, quelles sont leurs difficultés en pratique pour les coordonner et quels sont leurs besoins et leurs attentes dans ce domaine.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses à partir de ces questions :

- il ne peut exister une définition unique d'une situation complexe car la complexité d'une situation varie probablement d'un médecin à l'autre selon son âge, son mode d'installation (seul ou en groupe) et son lieu d'exercice (rural ou urbain).
- Le médecin traitant se considère comme le coordinateur de proximité de ces situations et souhaite garder ce rôle.
- Le médecin traitant rencontre des difficultés pour assurer son rôle de coordinateur dans les situations complexes du fait peut-être d'un manque de communication avec les autres acteurs, d'un manque de temps et d'outils adaptés.

L'objectif de notre étude est de répondre à ces questions, de valider ou non ces hypothèses, afin d’envisager des pistes pour améliorer la coordination des situations complexes avec des outils adaptés à la pratique des médecins généralistes répondant à leurs besoins et à leurs attentes.

# II. Matériels et méthodes

## A. Type d'étude

L'étude réalisée sous le titre « La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes » est une étude transversale qui s'est déroulée entre septembre 2014 et janvier 2015 sur le territoire du Bessin et du Pré-bocage.

## B. Choix de la population et présentation du territoire de l'étude

La population ciblée est celle de l'ensemble des médecins généralistes du Bessin et du Pré-bocage, soit 89 médecins libéraux répartis sur ce territoire de santé.

Le territoire du Bessin-Pré-bocage est situé dans le département du Calvados, au sein de la région Basse-Normandie. Il regroupe dix cantons, soit 212 communes, avec 120 000 habitants :

- Bessin : Isigny sur Mer, Trévières, Bayeux, Ryes, Creully, Tilly sur Seulles, Balleroy
- Pré-bocage : Caumont l'Eventé, Villers-Bocage et Aunay-sur-Odon.

Cette population est surtout rurale (70%) avec 70 hab/km2 contre 120 hab/km2 dans le Calvados.

Les acteurs de santé de premier recours sont composés de :

- 89 médecins généralistes libéraux
- 27 médecins spécialistes libéraux
- 36 pharmaciens libéraux

- 112 infirmiers libéraux.

L'offre de soins du territoire se compose également de deux établissements de santé de proximité, deux HAD SSIAD, un réseau de santé pluri-thématique porté par le GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-bocage* », 25 EHPAD et 19 établissements médico-sociaux (autres qu'EHPAD).

Rappelons que l'ensemble de ces acteurs sont représentés dans les quatre collèges du GCS *« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Pré-bocage* » et collaborent dans une dynamique de réseau depuis 2005.

Il nous a semblé intéressant de choisir ce territoire pour notre étude car il bénéficie d'un panel d'outils et de dispositifs de coordination variés, en plus de faire partie des territoires où a eu lieu l'expérimentation de l'appui à la coordination pour les situations complexes.

## C. Le questionnaire

Le questionnaire est construit en cinq parties.

La première partie est un recueil de données générales : âge, sexe, année d'installation, type d'exercice.

La deuxième partie s'intéresse aux situations complexes : leur définition et leur fréquence dans les différentes thématiques de santé.

La troisième partie concerne la coordination : sa définition par les médecins généralistes et les professionnels avec lesquels ils ont l'habitude de coopérer.

La quatrième partie précise les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la coordination des situations complexes.

Enfin, la cinquième partie concerne les besoins et les attentes des généralistes pour les aider dans la coordination de ces situations.

Le questionnaire était composé de questions fermées avec plusieurs propositions. Nous avons utilisé une échelle de Likert sur quatre niveaux pour évaluer l'intensité de la réponse à chaque proposition. Ce mode de

réponse a été choisi pour augmenter la précision des réponses, mais nous n'avons pas proposé plus de quatre échelons afin de ne pas trop complexifier le questionnaire pour les répondants.

Un espace de réponse libre était à chaque fois proposé dans la ligne « autre(s), précisez... ». Les entretiens basés sur le questionnaire, ont ainsi été enrichis par de nombreux commentaires oraux ou écrits des médecins interrogés.

Le questionnaire élaboré par nos soins a été soumis à l'avis du CSACQ Coordination des Retours à Domicile et situations complexes du GCS de Bayeux. Il a ensuite été « testé » auprès de trois médecins généralistes ne faisant pas partie de la population cible pour évaluer sa faisabilité.

## D. Méthodes d'intervention et de recueil de l'information

Nous avons envoyé ce questionnaire par courrier à tous les médecins généralistes libéraux du territoire du Bessin et du Pré-bocage en septembre 2014. Le questionnaire (annexe 1) était accompagné d'une lettre (annexe 2) cosignée par le médecin directeur du GCS « *Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin Pré-bocage* » et le président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Basse-Normandie leur expliquant l'objet du travail et les modalités de réponse à cette enquête sur le principe d'un entretien téléphonique ou physique. Dans les semaines suivant cet envoi, les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour savoir s'ils acceptaient de participer à cette enquête et si oui, s'ils souhaitaient y participer par téléphone ou lors d'une rencontre à leur cabinet. Nous leur demandions de prévoir une vingtaine de minutes pour l'entretien. Le principe de l'entretien a été choisi afin de rendre la participation à ce questionnaire moins fastidieuse pour les médecins et de favoriser le dialogue avec eux pour obtenir des données plus complètes.

Nous avons réalisé un deuxième envoi constitué d'une lettre, du questionnaire et d'une enveloppe retour en novembre 2014 soit à deux mois du premier envoi. Ainsi nous avons pu augmenter le nombre de participants à l'étude. Cette fois-ci, les médecins généralistes, s'ils acceptaient de participer, pouvaient renvoyer le questionnaire par la poste ou y répondre par courriel sur le site internet : www.scthese.blogspot.fr. Ce site internet était absent des annuaires de blogs et accessible uniquement par le lien communiqué aux médecins.

## E.Analyse

Lors de l'analyse, nous n'avons pas différencié les différents types de mode de réponse au questionnaire : entretiens téléphoniques, entretiens physiques ou retours du questionnaire rempli par courrier ou courriel.

Les données ont été retranscrites dans un tableau Excel afin de réaliser une étude descriptive des réponses générales de notre échantillon qui constituait l'objectif principal de cette étude.

L'objectif secondaire était une analyse statistique pour tester l'hypothèse d'une variation des réponses en fonction de : l'âge, l'exercice individuel ou en groupe et du milieu rural ou urbain.

Pour ces tests statistiques, nous avons tout d'abord fait correspondre une note de 1 à 4 à chaque type de réponse (ex : jamais =1, parfois=2, souvent=3, tout le temps=4). Puis nous avons calculé la médiane afin de transformer ces réponses à quatre niveaux en variables quantitatives binaires : note inférieure à la note médiane ou supérieure ou égale à la note médiane. Il était alors possible de réaliser un test exact de Fisher pour les comparer aux variables socio -démographiques (âge, mode et milieu d'exercice). Une valeur de $p<0,05$ était considérée comme statistiquement significative, une valeur de p comprise entre 0,05 et 0,10 était considérée comme une tendance significative. Les calculs ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS. Nous avons préféré utiliser le test exact de Fisher plutôt que le test du chi2 pour

l’analyse statistique étant donné la petite taille de notre échantillon.

Exemple : Pour comparer la variable « l'existence de plusieurs pathologies concomitantes chez un même patient » notée de 1 à 4 par les médecins généralistes avec la variable « milieu d'exercice » (rural/urbain) : on recherche d'abord la valeur médiane des notes attribuées par les médecins généralistes à cet item (ici la médiane est 3), puis on effectue un test exact de Fisher entre la variable (type d'exercice : rural/urbain) et la nouvelle variable obtenue à partir de la note médiane (note supérieure ou égale à 3 qui correspond aux réponses « souvent » et « tout le temps » regroupées).

# III. Résultats

## A. Généralités

### 1. Taux de participation, répartition des modalités d'entretien

La population cible de l'enquête était l'ensemble des médecins généralistes libéraux sur le territoire du Bessin et du Pré-bocage, soit une population de 89 médecins généralistes (source Réseau de Santé du Bessin), 89 questionnaires ont donc étaient envoyés par voie postale.

Parmi cette population, 50 personnes au total ont répondu au questionnaire soit un **taux de participation de 56,1 %**.

Suite au premier envoi du questionnaire, 19 (38%) médecins n'étaient pas disponibles pour un entretien téléphonique ou physique et ont rempli seuls le questionnaire que nous avons récupéré à leur cabinet, 11 (22%) médecins ont répondu au questionnaire lors d'un entretien à leur cabinet. Après le deuxième envoi du questionnaire, 20 médecins supplémentaires ont participé à l'enquête : 15 (30%) en renvoyant le questionnaire rempli par la poste et 5 (10%) en le remplissant sur le site internet.

Les entretiens au cabinet du médecin ont duré en moyenne vingt minutes, certains se sont prolongés jusqu'à quarante-cinq minutes.

## 2. Caractéristiques générales des médecins de l'étude

### a. Sexe :

Parmi les 50 médecins interrogés, il y avait :

- 8 femmes (16%)
- 42 hommes (84%)

### b. Age :

- moins de 40 ans : 10%
- 40-44 ans : 6%
- 45-49 ans : 24%
- 50-54 ans : 14%
- 55-59 ans: 30%
- 60 ans et plus : 16%

Etant donné cette répartition, nous avons décidé, pour pouvoir comparer certaines variables avec le paramètre âge, de regrouper notre échantillon en deux catégories : moins de 55 ans et 55 ans et plus. La limite d'âge de 55 ans a été choisie pour avoir deux groupes d'effectifs comparables afin de ne pas induire d'erreur statistique lors des tests de Chi2.

| | N | % |
|---|---|---|
| < 55 ans | 27 | 54 |
| ≥ 55 ans | 23 | 46 |

### c. Année d’installation

La médiane de la date d'installation des médecins qui ont répondu était 1992, répartie entre 1974 pour la plus ancienne et 2012 pour la plus récente.

### d. Exercice seul ou en groupe

Parmi notre population d'étude, 19 (40,4%) médecins exerçaient seuls et 28 (59,6%) médecins exerçaient en groupe. Il y avait 3 médecins remplaçants qui n’ont pas répondu à cette question.

### e. Zone d’installation

Parmi la population de l'étude, 25 (53,2%) médecins été installés en zone rurale, 8 (17,0%) en zone semi-rurale et 14 (29,8%) en zone urbaine. La proposition semi-rurale n’apparaissait pas dans notre questionnaire mais a été ajoutée spontanément par 8 médecins. Nous les avons intégrés au groupe rural pour obtenir deux catégories pour l’analyse : rurale (rurale + semi-rurale : N=33 soit 70.2%) et urbaine (N=14 soit 29.8%).

### f. Exercice libéral ou mixte

Parmi les médecins répondeurs, 39 (83%) médecins exerçaient une activité de médecin généraliste libéral seule et 8 (17,0%) médecins avaient une activité salariée en plus de leur activité libérale.

Il y avait également 3 (6%) médecins généralistes remplaçants.

**Tableau 2** : Caractéristiques générales de l'échantillon

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sexe** | **Homme** | *42* | 84,0% |
| | **Femme** | *8* | 16,0% |
| **Age** | **Moins de 40 ans** | *5* | 10,0% |
| | **De 40 à 44 ans** | *3* | 6,0% |
| | **De 45 à 49 ans** | *12* | 24,0% |
| | **De 50 à 54 ans** | *7* | 14,0% |
| | **De 55 à 59 ans** | *15* | 30,0% |
| | **50 ans et plus** | *8* | 16,0% |
| **Médiane de l'année d'installation** | | 1992 | |
| **Cabinet** | **Inviduel** | *19* | 40,4% |
| | **De groupe** | *28* | 59,6% |
| **Zone d'installation** | **Rurale** | *25* | 53,2% |
| | **Semi-rurale** | *8* | 17,0% |
| | **Urbaine** | *14* | 29,8% |
| **Mode d'exercice** | **Libéral seul** | *39* | 83,0% |
| | **Mixte** | *8* | 17,0% |
| | **Remplaçant** | *3* | 6,0% |

# B. Définition d'une situation complexe

## 1. Eléments participant à la complexité d'une situation

Nous avons demandé aux généralistes d'évaluer la fréquence de la participation de certains éléments à la complexité d'une situation en pratique.

## a. Analyse descriptive

**Tableau 3** : Fréquence de la participation de certains éléments à la complexité d'une situation

| | Jamais | | Parfois | | Souvent | | Tout le temps | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **L'existence de plusieurs pathologies concomitantes chez un même patient** | *3* | 6,0% | *16* | 32,0% | *23* | 46,0% | *8* | 16,0% |
| **Une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive** | *1* | 2,0% | *13* | 26,0% | *28* | 56,0% | *8* | 16,0% |
| **Une pathologie non stabilisée et/ou des hospitalisations répétées** | *1* | 2,0% | *16* | 32,0% | *20* | 40,0% | *13* | 26,0% |
| **L'isolement social et/ou familial** | *1* | 2,0% | *17* | 34,0% | *27* | 54,0% | *5* | 10,0% |
| **Le manque d'autonomie de la personne ou de son entourage** | *2* | 4,0% | *15* | 30,0% | *24* | 48,0% | *9* | 18,0% |
| **La vulnérabilité et/ou la précarité psycho-sociale** | *3* | 6,0% | *22* | 44,0% | *19* | 38,0% | *6* | 12,0% |
| **La multiplicité des intervenants** | *1* | 2,0% | *19* | 38,0% | *20* | 40,0% | *10* | 20,0% |
| **Le décalage des informations entre les acteurs de la prise en charge** | *0* | 0,0% | *15* | 30,0% | *27* | 54,0% | *8* | 16,0% |
| **La nécessité de mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile** | *7* | 14,0% | *25* | 50,0% | *16* | 32,0% | *2* | 4,0% |
| **L'absence de référent parmi les spécialistes** | *12* | 24,0% | *21* | 42,0% | *12* | 24,0% | *5* | 10,0% |

Les 50 médecins ont répondu entièrement à cette question.

Les trois éléments qui participaient le plus fréquemment à la complexité d'une situation pour les médecins de l'échantillon étaient :

- une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive (56% « souvent », 16% « tout le temps »)
- le décalage des informations entre les acteurs de la prise en charge (54% « souvent », 16% « tout le temps »)
- l'isolement social et/ou familial (54% « souvent », 10% « tout le temps »)

Notons que tous les médecins interrogés considéraient le décalage des informations entre les acteurs d'une prise en charge comme un élément participant à la complexité d'une prise en charge puisqu'aucun n'a répondu jamais (0%).

Les éléments participant moins fréquemment à la complexité d'une situation pour les médecins de l'échantillon étaient :

- L'absence de référent parmi les spécialistes (24% « jamais », 42% « parfois »)
- La mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile (14% « jamais », 50% « parfois »)
- La vulnérabilité et/ou précarité psychosociale (6% « jamais », 44% « parfois »)

## b. Analyse statistique en sous-groupes

**Tableau 4** : Comparaison de la fréquence des éléments participant à la complexité d'une situation selon l'âge, le mode et le type d'exercice des généralistes de l'échantillon.

| | age | | p | Mode d'exercice | | p | Type d'exercice | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | | seul | groupe | | Rural & semi-rural | urbain | |
| **L'existence de plusieurs pathologies concomitantes** | 66.7% | 52.2% | 0.388 | 57.9% | 57.1% | 1* | 57.6% | 62.5% | 1* |
| **Une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive** | 66.7% | 73.9% | 0.758 | 73.7% | 64.3% | 0.542* | 66.7% | 75% | 0.743* |
| **Une pathologie non stabilisée/des hospitalisations répétées** | 74.1% | 56.5% | 0.239 | 73.7% | 60.7% | 0.532* | 63.6% | 75% | 0.526* |
| **L'isolement social et/ou familial** | 63% | 65.2% | 1 | 63.2% | 60.7% | 1* | 60.6% | 68.8% | 0.754* |
| **Le manque d'autonomie de la personne ou de son entourage** | 55.6% | 78.3% | 0.136 | 84.2% | 57.1% | 0.063* | 66.7% | 62.5% | 1* |
| **La vulnérabilité et/ou précarité psychosociale** | 51.9% | 47.8% | 1 | 52.6% | 46.4% | 0.770* | 42.4% | 62.5% | 0.232* |
| **La multiplicité des intervenants** | 51.9% | 69.6% | 0.254 | 68.4% | 53.6% | 0.374* | 63.6% | 50% | 0.536* |
| **Le décalage des informations entre les acteurs de la prise en charge** | 66.7% | 65.2% | 1 | 78.9% | 60.7% | 0.220* | 72.7% | 56.3% | 0.333* |
| **La nécessité de mise en place de matériel, d'intervenants à domicile**** | 77.8% | 95.7% | 0.107 | 100% | 78.6% | 0.068* | 87.9% | 81.3% | 0.668* |
| **L'absence de référents parmi les spécialistes**** | 63% | 91.3% | 0.024 | 94.7% | 64.3% | 0.032* | 75.8% | 75% | 1* |

*La médiane des réponses est « souvent », nous avons donc regroupé les réponses « souvent » et « tout le temps » pour l'analyse en sous-groupes, sauf pour les items signalés par **, pour lesquels la médiane est « parfois ».*

L'absence de référent :

- 91,3% des médecins de 55 ans et plus identifiaient relativement fréquente « l'absence de référent parmi les spécialistes » comme un facteur participant à la complexité d'une situation contre 63% des médecins de moins de 55 ans. Cette différence était significative (p=0,024).
- 94,7% des médecins exerçant seuls considéraient « l'absence de référent parmi les spécialistes » comme un élément participant relativement fréquemment à la complexité d'une situation contre 64,3% des médecins exerçant en groupe, la différence était significative avec p=0,032.

Nécessité de mise en place du matériel et/ou d'intervenants :

- Nous avons observé une tendance significative avec p=0,100 pour « la nécessité de mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile » : 95,7% des généralistes de 55 ans et plus identifiaient cet item comme un élément relativement fréquent de complexité contre 77,8% des moins de 55 ans.
- Nous avons observé une autre tendance significative avec p=0,068 : 100% des médecins exerçant seuls considéraient que « la nécessité de mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile » participait relativement fréquemment à la complexité d'une situation contre 78,6% des médecins en groupe.

Manque d'autonomie :

- 78,3% des médecins de 55 ans et plus le considéraient comme un élément fréquent de complexité contre 55,6% dans l'autre groupe sans différence significative (p=0,130).
- 84,2% des médecins exerçant seuls identifiaient « le manque d'autonomie de la personne » comme un élément fréquent de complexité contre 57,1% des médecins exerçant en groupe, la différence

n'était pas statistiquement significative mais on observait une tendance significative avec p= 0,063.

Vulnérabilité et/ou précarité psychosociale : elle était considérée pour 62,5% des médecins comme un élément participant fréquemment à la complexité d'une situation contre 42,4% des médecins en milieu rural, la différence entre les deux groupes n'était cependant pas statistiquement significative (p=0,232).

### c. Commentaires associés à cette question dans la ligne « autre, précisez » :

« Défaut de communication, quelque en soit le moyen, entre tous les intervenants (professionnels et aidants non-professionnels) »

« Demandes venant de la famille et de l'entourage et non du patient »

## 2. Thématiques pourvoyeuses de situations complexes

Nous avons ensuite demandé aux généralistes d'évaluer dans différentes thématiques (diabète, addictologie, psychiatrie,...) la fréquence des situations qu'ils identifiaient comme complexes.

### a. Analyse descriptive

**Tableau 5** : Fréquence des situations complexes dans chaque thématique

| | Jamais | | Parfois | | Souvent | | Tout le temps | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Addictologie** | *8* | 16,0% | *22* | 44,0% | *17* | 34,0% | *3* | 6,0% |
| **Diabétologie** | *10* | 20,0% | *33* | 66,0% | *5* | 10,0% | *2* | 4,0% |
| **Gériatrie** | *3* | 6,0% | *18* | 36,0% | *27* | 54,0% | *2* | 4,0% |
| **Oncologie** | *5* | 10,0% | *22* | 44,0% | *20* | 40,0% | *3* | 6,0% |
| **Soins Palliatifs** | *3* | 6,1% | *13* | 26,5% | *25* | 51,0% | *8* | 16,3% |
| **Douleurs chroniques** | *2* | 4,0% | *15* | 30,0% | *23* | 46,0% | *10* | 20,0% |
| **Psychiatrie** | *4* | 8,0% | *24* | 48,0% | *14* | 28,0% | *8* | 16,0% |
| **Maladies Cardio-vasculaires** | *11* | 22,0% | *29* | 58,0% | *8* | 16,0% | *2* | 4,0% |
| **Chirurgie** | *16* | 32,0% | *27* | 54,0% | *6* | 12,0% | *1* | 2,0% |
| **Précarité sociale** | *3* | 6,0% | *17* | 34,0% | *25* | 50,0% | *5* | 10,0% |
| **Handicap** | *2* | 4,0% | *22* | 44,0% | *20* | 40,0% | *6* | 12,0% |

Tous les médecins ont répondu intégralement à cette question sauf un qui n'a pas répondu à l'item « Soins palliatifs ».

Les médecins interrogés identifiaient des situations complexes surtout dans les thématiques suivantes:

- gériatrie (54% « souvent », 4% « tout le temps »),
- soins palliatifs (51% « souvent », 16.3% « tout le temps »)
- personnes en précarité sociale (50% « souvent », 10% « tout le temps »).

Non loin de ces trois thématiques, se classaient la douleur chronique (46% « souvent », 20% « tout le temps »), le handicap (40% « souvent », 12% « tout le temps »), l'oncologie (40% « souvent », 6% « tout le temps »), l'addictologie (34% « souvent », 6% « tout le temps ») et la psychiatrie (28% « souvent », 16% « tout le temps ») comme thématiques pourvoyeuses de situations chroniques.

Les thématiques moins pourvoyeuses de situations complexes pour les généralistes étaient :

- la chirurgie (32% « jamais », 54% « parfois »)
- la diabétologie (20% « jamais », 66% « parfois »)
- les maladies cardiovasculaires (22% « jamais », 58% » parfois»)

## b. Analyse statistique en sous-groupes

**Tableau 6** : Comparaison de la fréquence des situations complexes pour chaque thématique en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice

| | Age | | | Mode d'exercice | | | Type d'exercice | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | p | seul | groupe | p | Rural et semi-rural | urbain | p |
| **addictologie** | 88.5% | 81.8% | 0.687 | 88.9% | 81.5% | 0.684 | 80.6% | 93.8% | 0.396 |
| **Diabétologie** | 80.85% | 77.3% | 1 | 83.3% | 77.8% | 0.721 | 83.9% | 68.8% | 0.274 |
| **Gériatrie**** | 69.2% | 45.5% | 0.143 | 50% | 59.3% | 0.559 | 45.2% | 81.3% | 0.029 |
| **Oncologie** | 84.6% | 95.5% | 0.357 | 83.3% | 92.6% | 0.375 | 90.3% | 87.5% | 1 |
| **Soins palliatifs**** | 69.2% | 63.6% | 0.764 | 61.1% | 66.7% | 0.758 | 61.3% | 75% | 0.518 |
| **Douleurs chroniques**** | 73.1% | 54.5% | 0.232 | 61.1% | 63% | 1 | 48.4% | 93.8% | 0.003 |
| **Psychiatrie** | 96.2% | 86.4% | 0.320 | 94.4% | 88.9% | 0.640 | 90.3% | 93.8% | 1 |
| **Maladies cardiovasculaires** | 76.9% | 81.8% | 0.735 | 83.3% | 77.8% | 0.721 | 83.9% | 68.8% | 0.274 |
| **Chirurgie** | 69.2% | 68.2% | 1 | 77.8% | 63% | 0.343 | 64.5% | 75% | 0.527 |
| **Précarité sociale**** | 61.5% | 59.1% | 1 | 66.7% | 55.6% | 0.543 | 54.8% | 68.8% | 0.532 |
| **handicap**** | 50% | 54.5% | 0.780 | 55.6% | 51.9% | 1 | 51.6% | 56.3% | 1 |

*La médiane est « souvent » pour les items signalés par **, les réponses « souvent » et « tout le temps » ont donc été regroupées pour l'analyse. La médiane est « parfois » pour les autres items, les réponses « parfois », « souvent » et « tout le temps » ont donc été regroupées.*

Gériatrie :

- 69,2% des médecins de moins de 55 ans identifiaient relativement fréquemment des situations complexes en gériatrie, contre 45,5% des médecins de 55 ans et plus, mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative (p= 0,143).
- 81,3 % des médecins installés en zone urbaine identifiaient relativement fréquemment des situations complexes en gériatrie, contre 45,2% des médecins installés en zone rurale. La différence était statistiquement significative avec p= 0,029.

Douleur chronique : Nous avons observé une différence statistiquement significative avec p =0,003 dans le sous-groupe type d'exercice : 93,8% des médecins en zone urbaine identifiaient relativement fréquemment des situations complexes dans cette thématique contre 48,4% des médecins en zone rurale.

### c. Commentaires associés à cette question dans la ligne « autre, précisez »

Les médecins ont ajoutés : « pneumologie » (citée par un médecin) et « maladies professionnelles » (citée par deux médecins) comme thématiques dans lesquelles ils rencontraient fréquemment des situations complexes.

# C. Définition de la fonction de coordination

## 1. Définition de la coordination des soins par le médecin généraliste en pratique

La troisième partie du questionnaire avait pour but de faire définir par les généralistes leur rôle de coordination en pratique.

### a. Analyse descriptive

**Tableau 7** : Définition des activités du médecin traitant dans le cadre de la coordination des soins

| | Pas d'accord du tout | | Pas d'accord | | D'accord | | Tout à fait d'accord | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evaluer l'ensemble des besoins des patients** | *1* | 2,0% | *1* | 2,0% | *23* | 46,0% | *25* | 50,0% |
| **Choisir les professionnels et les services les plus aptes à répondre aux besoins des patients.** | *0* | 0,0% | *3* | 6,0% | *24* | 48,0% | *23* | 46,0% |
| **Remplir les formalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la prestation** | *6* | 12,2% | *10* | 20,4% | *21* | 42,9% | *12* | 24,5% |
| **Transmettre toutes les informations utiles pour obtenir une réponse adaptée des correspondants** | *0* | 0,0% | *1* | 2,0% | *28* | 56,0% | *21* | 42,0% |
| **Harmoniser et réguler les interventions de prestataires multiples auprès d'un même patient** | *2* | 4,0% | *10* | 20,0% | *22* | 44,0% | *16* | 32,0% |
| **Organiser la communication et la synthèse entre les divers intervenants** | *3* | 6,0% | *16* | 32,0% | *20* | 40,0% | *11* | 22,0% |
| **Mettre à jour le dossier médical du patient** | *1* | 2,0% | *2* | 4,0% | *24* | 48,0% | *23* | 46,0% |

Tous les médecins ont répondu intégralement à cette question sauf un qui n'a pas répondu à l'item « remplir les formalités administratives ».

La grande majorité des médecins interrogés était d'accord ou tout à fait d'accord avec les activités faisant partie du rôle de coordinateur.

En particulier, pour les activités suivantes :

- évaluer l'ensemble des besoins des patients, soit 96% des médecins (46% « d'accord », 50% « tout à fait d'accord »)
- choisir les professionnels et les services les plus aptes à répondre aux besoins des patients, soit 94% des médecins (48% « d'accord », 46% « tout à fait d'accord »)
- transmettre toutes les informations utiles pour obtenir une réponse adaptée des correspondants, soit 98% des médecins (56% « d'accord », 42% « tout à fait d'accord »)
- mettre à jour le dossier médical du patient, 94% des médecins (48% « d'accord », 46% « tout à fait d'accord »)

Et dans une moindre mesure pour les activités suivantes :

- remplir les formalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la prestation, soit 67,4% (42,9% « d'accord », 24,5% « tout à fait d'accord »)
- harmoniser et réguler les interventions de prestataires multiples auprès d'un même patient, 76% (44% « d'accord », 32% « tout à fait d'accord »)
- organiser la communication et la synthèse entre les divers intervenants, 62% (40% « d'accord », 22% « tout à fait d'accord »)

Nous avons constaté que 12,2% des médecins généralistes n'étaient « pas d'accord du tout » pour remplir les formalités administratives nécessaires à la mise en œuvre des prestations nécessaires. Un des médecins interrogés a cependant précisé qu'il était tout à fait d'accord pour remplir ces formalités administratives « lorsqu'elles relèvent réellement d'un avis médical ».

### b. Analyse statistique en sous-groupes

**Tableau 8** : Comparaison de l'acceptation par les généralistes des activités faisant partie du rôle de coordinateur en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice

| | Age | | | Mode d'exercice | | | Type d'exercice | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | p | Seul | Groupe | p | Rural et semi-rural | Urbain | p |
| Evaluer l'ensemble des besoins | 92.6% | 96% | 0.493 | 100% | 92.9% | 0.508 | 97% | 93.8% | 1 |
| Choisir les professionnels et les services les plus aptes à répondre aux besoins du patient | 92.6% | 95.7% | 1 | 94.7% | 92.9% | 1 | 90.9% | 100% | 0.541 |
| Remplir les formalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la prestation | 63% | 65.2% | 1 | 63.2% | 64.3% | 1 | 57.6% | 75% | 0.346 |
| Transmettre toutes les informations utiles pour obtenir une réponse adaptée des correspondants | 100% | 95.7% | 0.460 | 94.7% | 100% | 0.404 | 100% | 93.8% | 0.327 |
| Harmoniser et réguler les interventions de prestataires multiples auprès d'un même patient | 74.1% | 78.3% | 1 | 73.7% | 75% | 1 | 75.8% | 75% | 1 |
| Organiser la communication et la synthèse entre les divers intervenants | 59.3% | 65.2% | 0.773 | 52.6% | 67.9% | 0.365 | 63.6% | 56.3% | 0.757 |
| Mettre à jour le dossier médical du patient | 96.3% | 91.3% | 0.588 | 89.5% | 96.4% | 0.557 | 97% | 87.5% | 0.245 |

*La médiane est « d'accord » pour l'ensemble des items, les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord » ont donc été regroupées pour l'analyse.*

Nous n'avons observé ni différence statistiquement significative ni tendance particulière lors de l'analyse statistique pour cette question.

## 2. Professionnels interagissant avec le médecin traitant dans le cadre de la coordination des soins

### c. Analyse descriptive

**Tableau 9** : Fréquence de la coopération des généralistes avec d'autres professionnels dans le cadre de la coordination des situations complexes

| | Jamais | | Parfois | | Souvent | | Tout le temps | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Service hospitalier référent** | *9* | 18,0% | *23* | 46,0% | *16* | 32,0% | *2* | 4,0% |
| **Réseau de santé** | *9* | 18,0% | *24* | 48,0% | *12* | 24,0% | *5* | 10,0% |
| **Spécialiste de ville** | *3* | 6,1% | *15* | 30,6% | *27* | 55,1% | *4* | 8,2% |
| **HAD** | *3* | 6,0% | *21* | 42,0% | *22* | 44,0% | *4* | 8,0% |
| **SSIAD** | *0* | 0,0% | *24* | 48,0% | *22* | 44,0% | *4* | 8,0% |
| **IDE à domicile** | *0* | 0,0% | *9* | 18,0% | *24* | 48,0% | *17* | 34,0% |
| **Assistante sociale** | *12* | 24,5% | *26* | 53,1% | *11* | 22,4% | *0* | 0,0% |
| **Pharmacien** | *19* | 38,0% | *23* | 46,0% | *8* | 16,0% | *0* | 0,0% |
| **Biologiste** | *30* | 60,0% | *18* | 36,0% | *2* | 4,0% | *0* | 0,0% |

Pour cette question, un médecin n'a pas répondu à l'item « spécialiste de ville » et un n'a pas répondu à l'item « assistante sociale »

Dans le cadre d'une situation complexe, les médecins interrogés coopéraient le plus fréquemment avec :

- les infirmières (48% « souvent », 34% « tout le temps »)
- les spécialistes de ville (55,1% « souvent », 8,2% « tout le temps »)
- HAD (44% « souvent », 8% « tout le temps ») et SSIAD (44% « souvent », 8% « tout le temps »)

Par contre la majorité des médecins ne faisait pas ou peu intervenir l'assistante sociale (24,5% « jamais », 53,1% « parfois »), le pharmacien (38% « jamais », 46% « parfois ») et le biologiste (60% « jamais », 36% « parfois ») dans le cadre de la coordination d'une situation complexe.

### d. Analyse statistique en sous-groupes

**Tableau 10** : Comparaison de la fréquence de la coopération des généralistes avec d'autres professionnels ou dispositifs en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice

| | age | | p | Mode d'exercice | | p | Type d'exercice | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | | seul | groupe | | Rural et semi-rural | urbain | |
| Service hospitalier référent | 80% | 86.4% | 0.706 | 89.5% | 80% | 0.680 | 84.4% | 78.6% | 0.684 |
| Réseau de santé | 80% | 86.4% | 0.706 | 84.2% | 80% | 1 | 81.3% | 85.7% | 1 |
| Spécialiste de ville | 96% | 90.9% | 0.593 | 94.7% | 92% | 1 | 93.8% | 92.9% | 1 |
| HAD | 36% | 68.2% | 0.041 | 36.8% | 60% | 0.223 | 50% | 50% | 1 |
| SSIAD | 40% | 68.2% | 0.080 | 42.1% | 60% | 0.361 | 50% | 57.1% | 0.754 |
| IDE à domicile | 80% | 86.4% | 0.706 | 73.7% | 92% | 0.210 | 81.3% | 92.9% | 0.413 |
| Assistante sociale | 16% | 31.8% | 0.303 | 31.6% | 20% | 0.489 | 21.9% | 28.6% | 0.713 |
| pharmacien | 56% | 68.2% | 0.549 | 47.4% | 68% | 0.222 | 62.5% | 57.1% | 0.753 |
| biologiste | 56% | 22.7% | 0.036 | 42.1% | 36% | 0.760 | 40.6% | 35.7% | 1 |

*Les réponses « souvent » et « tout le temps » (médiane = « souvent ») ont été regroupées pour l'analyse pour les items suivants : HAD, SSIAD, IDE et assistante sociale. Les réponses « parfois », « souvent » et « tout le temps » (médiane= « parfois ») ont été regroupées pour les autres items.*

L'HAD : 68,2% des médecins de 55 ans y faisaient appel relativement fréquemment dans le cadre de la gestion des situations complexes contre 36% des médecins de moins de 55 ans, la différence était statistiquement significative (p=0,041).

Le biologiste : 56% des médecins de moins de 55 ans interagissaient avec lui dans le cadre de la gestion des situations complexes contre 22,7% des médecins de 55 ans et plus, la différence était statistiquement significative (p= 0,036).

Le SSIAD : nous avons observé une tendance significative pour le SSIAD (p=0,080) : 68,2% des médecins de 55 ans et plus coopéraient relativement fréquemment avec ce dispositif dans le cadre d'une situation complexe contre 40% des médecins de moins de 55 ans.

#### e. Commentaires associés à cette question dans la ligne « autre, précisez »

D'autres intervenants professionnels ou non, ne faisant pas partie des propositions, ont été cités par certains médecins :

- « auxiliaire de vie ou aide-ménagère » (cité cinq fois)
- « les médecins du travail » (cités trois fois)
- « la famille et les proches du patient » (cités deux fois)
- « les associations » (citées une fois)

# D. Difficultés rencontrées et aides souhaitées

## 1. Difficultés rencontrées en pratique par les médecins dans la coordination des situations complexes

Dans cette partie, nous avons demandé aux généralistes d'évaluer la fréquence des difficultés pouvant être rencontrées dans la prise en charge d'une situation qu'ils considéraient comme complexe.

### a. Analyse descriptive

**Tableau 11** : Fréquences des difficultés rencontrées par les généralistes lors de la coordination d'une situation complexe

| | Jamais | | Parfois | | Souvent | | Tout le temps | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Difficulté à évaluer l'ensemble des besoins** | *2* | 4,0% | *17* | 34,0% | *22* | 44,0% | *9* | 18,0% |
| **Difficulté à hiérarchiser les problèmes** | *4* | 8,0% | *29* | 58,0% | *12* | 24,0% | *5* | 10,0% |
| **Difficulté à déléguer** | *9* | 18,0% | *25* | 50,0% | *14* | 28,0% | *2* | 4,0% |
| **Manque de visibilité des ressources sanitaires et sociales de proximité** | *4* | 8,0% | *19* | 38,0% | *21* | 42,0% | *6* | 12,0% |
| **Difficulté à joindre les intervenants** | *2* | 4,0% | *24* | 48,0% | *19* | 38,0% | *5* | 10,0% |
| **Manque de temps** | *1* | 2,0% | *12* | 24,0% | *21* | 42,0% | *16* | 32,0% |
| **Manque d'outils de partage d'informations entre professionnels** | *7* | 14,3% | *25* | 51,0% | *13* | 26,5% | *4* | 8,2% |

Tous ont répondu à cette question sauf un médecin qui n'a pas répondu à l'item « manque d'outils de partage d'information ».

Les principales difficultés rencontrées en pratique par les médecins de notre enquête étaient :

- Le manque de temps pour coordonner (32% « tout le temps », 42% « souvent »)
- La difficulté à évaluer l'ensemble des besoins (44% « souvent », 18% « tout le temps »)
- Le manque de visibilité des ressources sanitaires et sociales de proximité (42% « souvent », 12% « tout le temps »).

## b. Analyse statistique en sous-groupes

**Tableau 12** : Comparaison de la fréquence des difficultés rencontrées dans la coordination d'une situation complexe selon l'âge, le mode et le type d'exercice

| | Age | | p | Mode d'exercice | | p | Type d'exercice | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | | seul | groupe | | Rural et semi-rural | urbain | |
| Difficulté à évaluer l'ensemble des besoins** | 55.6% | 60.9% | 0.778 | 57.9% | 57.1% | 1 | 51.5% | 75% | 0.136 |
| Difficulté à hiérarchiser les problèmes | 88.9% | 95.7% | 0.614 | 89.5% | 92.9% | 1 | 87.9% | 100% | 0.289 |
| Difficultés à déléguer | 74.1% | 91.3% | 0.152 | 89.5% | 78.6% | 0.445 | 84.8% | 75% | 0.449 |
| Manque de visibilité des ressources sanitaires et sociales de proximité | 92.6% | 91.3% | 1 | 89.5% | 92.9% | 1 | 93.8% | 90.9% | 1 |
| Difficulté à joindre les intervenants | 100% | 91.3% | 0.207 | 89.5% | 100% | 0.158 | 100% | 87.5% | 0.102 |
| Manque de temps** | 74.1% | 73.9% | 1 | 73.7% | 75% | 1 | 69.7% | 81.3% | 0.502 |
| Manque d'outils de partage d'informations entre professionnels | 85.2% | 73.9% | 0.480 | 78.9% | 82.1% | 1 | 78.8% | 81.3% | 1 |

*Tous les items regroupent les réponses « parfois », « souvent » et « tout le temps » (médiane = « parfois ») sauf les deux signalés par ** regroupant uniquement « souvent » et « tout le temps » (médiane = « souvent ») pour l'analyse.*

Nous avons constaté que 100% des médecins en milieu rural avaient des difficultés à joindre les intervenants dans le cadre d'une prise en charge complexe contre 87,5% des médecins en milieu urbain. La différence n'était statistiquement pas significative mais on pouvait parler de tendance significative avec un p= 0,10.

Nous avons noté que 75% des médecins en milieu urbain avaient des difficultés relatives à évaluer l'ensemble des besoins contre 51,5% des médecins en milieu rural, la différence n'était cependant pas significative avec p=0,136.

#### c. Commentaires associés à cette question dans la ligne « autre, précisez »

« Les outils ne manquent pas c'est parfois la disponibilité qui manque »

« Manque d'échanges rapides, d'interactivité entre les intervenants »

« Manque de temps, manque de communication »

« Pas de rémunération spécifique »

« Difficultés à joindre la famille, à gérer les demandes de la famille et de l'entourage »

« Problèmes sociaux avec dimension familiale, médicale et professionnelle qu'on est pas formé à gérer »

« Pas assez d'assistantes sociales et elles n'ont pas toujours la solution »

## 2. Aides souhaitées pour l'aide à l'évaluation et l'appui des situations complexes

Cette dernière partie du questionnaire avait pour objectif d'évaluer l'intérêt des généralistes pour certaines propositions pouvant les aider dans la coordination des situations complexes.

### a. Analyse descriptive

**Tableau 13** : Degré d'intérêt des médecins généralistes pour les propositions d'aide à la coordination des situations complexes

| | Aucun intérêt | | Intérêt mineur | | Plutôt intéressant | | Très Intéressant | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Une aide à l'évaluation globale au plus près du lieu de vie** | *3* | 6,0% | *13* | 26,0% | *22* | 44,0% | *12* | 24,0% |
| **Un annuaire téléphonique répertoriant les différentes ressources du territoire** | *2* | 4,0% | *14* | 28,0% | *20* | 40,0% | *14* | 28,0% |
| **Un numéro de téléphone unique** | *5* | 10,2% | *15* | 30,6% | *19* | 38,8% | *10* | 20,4% |
| **Un conseil téléphonique d'astreinte dans la journée par les différents professionnels concernés** | *3* | 6,0% | *13* | 26,0% | *22* | 44,0% | *12* | 24,0% |
| **Des outils pratiques de prise en charge (recommendations, conduite à tenir, arbres décisionnels,…)** | *3* | 6,0% | *19* | 38,0% | *19* | 38,0% | *9* | 18,0% |
| **Participation en tant que médecin traitant à une réunion de concertation avec les autres acteurs** | *11* | 22,0% | *14* | 28,0% | *18* | 36,0% | *7* | 14,0% |
| **L'élaboration d'un projet personnalisé de santé partagé (PPS)** | *9* | 18,0% | *16* | 32,0% | *17* | 34,0% | *8* | 16,0% |

Encore une fois, un seul médecin n'avait pas répondu intégralement sur l'item « numéro de téléphone unique ».

Concernant cette question, 50% au moins des médecins interrogés trouvaient intéressant ou très intéressant chacune des propositions d'aide pour l'évaluation et l'appui à la coordination des situations complexes.

Les propositions considérées comme les plus intéressantes étaient :

- Une aide à l'évaluation globale au plus près du lieu de vie (44% « intéressant », 24% « très intéressant»)
- Un conseil téléphonique d'astreinte dans la journée par les différents professionnels concernés (44% « intéressant », 24% « très intéressant »)
- Un annuaire téléphonique répertoriant les différentes ressources du territoire (40% « intéressant », 28% « très intéressant»)
- Un numéro de téléphone unique (38,8% « intéressant », 20,4% « très intéressant »)

Pour les propositions suivantes les avis des médecins généralistes étaient moins tranchés:

- Des outils pratiques de prise en charge
- La participation en tant que médecin traitant à une réunion de concertation pluridisciplinaire,
- L'élaboration d'un projet personnel de santé partagé,

En effet, pour chacune de ces propositions, la moitié des médecins interrogés était intéressée voire très intéressée alors que l'autre moitié était peu ou pas intéressée.

## b. Analyse statistique en sous-groupe

**Tableau 14** : Comparaisons de l'intérêt des médecins généralistes pour chaque proposition d'aide pour la coordination d'une situation complexe en fonction de l'âge, du mode et du type d'exercice.

| | Age | | p | Mode d'exercice | | p | Type d'exercice | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <55 ans | ➢ Ou = 55 ans | | seul | groupe | | Rural et semi-rural | urbain | |
| **Une aide à l'évaluation globale au plus près du lieu de vie** | 65.4% | 69.6% | 1 | 52.6% | 74.1% | 0.209 | 59.4% | 81.3% | 0.196 |
| **Un annuaire téléphonique répertoriant les différentes ressources du territoire** | 73.1% | 65.2% | 0.757 | 63.2% | 70.4% | 0.752 | 68.8% | 68.8% | 1 |
| **Un numéro de téléphone unique** | 65.4% | 52.2% | 0.394 | 57.9% | 63% | 0.767 | 62.5% | 50% | 0.537 |
| **Un conseil téléphonique d'astreinte dans la journée par les différents professionnels concernés** | 61.5% | 65.2% | 1 | 57.9% | 66.7% | 0.757 | 59.4% | 68.8% | 0.753 |
| **Des outils pratiques de prise en charge** | 53.8% | 56.5% | 1 | 63.2% | 48.1% | 0.377 | 46.9% | 68.8% | 0.221 |
| **Participation en tant que médecin traitant à une réunion de concertation** | 42.3% | 60.9% | 0.256 | 68.4% | 40.7% | 0.080 | 46.9% | 56.3% | 0.760 |
| **L'élaboration d'un projet personnalisé de santé (PPS)** | 61.5% | 39.1% | 0.156 | 31.6% | 59.3% | 0.080 | 37.5% | 75% | 0.030 |

*Tous les items regroupent les réponses « Plutôt intéressant » et « intérêt majeur » (médiane = « plutôt intéressant ») pour l'analyse).*

Aide à l'évaluation globale au plus près du lieu de vie :

- 74,1% des médecins en groupe étaient plutôt ou très intéressés contre 52,6% des médecins installés seuls, la différence n'était pas statistiquement significative (p=0,209).
- 81,3% des médecins en milieu urbain étaient plutôt ou très intéressés contre 59,4% des médecins en milieu rural, la différence n'était pas non plus statistiquement significative (p=0,196).

Participation à une RCP : 40,7% des médecins installés en groupe étaient plutôt ou très intéressés contre 68,4% des médecins installés seuls. Nous avons observé une tendance significative (p=0.080).

Elaboration d'un PPS :

- 61,5% des médecins de moins de 55 ans étaient plutôt ou très intéressés contre 39,1% des médecins de 55 ans et plus, la différence n'était cependant pas significative avec p= 0,156.
- 59,3% des médecins installés en groupe étaient plutôt ou très intéressés contre 31,6% des médecins installés seuls, il existait une tendance significative avec p=0,080.
- 75% des médecins installés en zone urbaine étaient plutôt ou très intéressés contre 37,5% des médecins en milieu rural, la différence était significative avec p=0,030.

#### c. Commentaires associés à cette question dans la ligne « autre, précisez »

Les commentaires concernant cette question ont été plus nombreux, écrits ou oraux, avec quelques propositions supplémentaires faites par les médecins interrogés pour les aider dans l'évaluation et la coordination des situations complexes :

- « Une rémunération du temps passé à la coordination »
- « Participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires mais

manque de temps »

- « Pas de rémunération spécifique pour cette activité chronophage »
- « Il y a régulièrement des déclarations de bonnes intentions de toutes parts mais en pratique cela est très difficile »
- « On a des structures positives mais complexes, difficultés de mise en œuvre... »
- Concernant l'évaluation au plus près du lieu de vie : « l'évaluation d'une prise en charge à domicile ne se fait pas dans le confort d'un service hospitalier »
- Concernant la participation du médecin traitant aux réunions de concertation pluridisciplinaires : « intérêt d'une réunion : OUI, participation : dans quelles conditions ? »
- « la prise en charge d'un patient et/ou son entourage capable d'identifier clairement le rôle de chacun, comprenant clairement que les décisions les concernant sont prises en commun pour un projet et des soins répondant à ses attentes, et observant une réponse rapide à ses difficultés serait grandement moins complexe »
- « Réunion pluridisciplinaire : réunionite = pas le temps !!»
- « Formation des futurs médecins généralistes à l'assistance sociale car les problèmes sociaux sont omniprésents dans le quotidien du médecin »
- « Visioconférence ou réunion par téléphone au moins, plutôt que présence physique aux réunions de concertation pluridisciplinaires »
- « Une amélioration de la transmission des informations et de la rapidité de cette transmission »
- « Je connais la coordinatrice d'appui mais je n'ai jamais fait appel à elle car j'ai déjà mes habitudes et mes personnes-ressources pour m'aider si besoin, c'est bien plus efficace je pense »
- Concernant un numéro de téléphone unique : « une seule personne pour

nous aider dans ces situations cela fait un peu « machine à gaz »

# IV. Discussion

## A. Limites et biais de l'étude

Cette enquête était basée sur un questionnaire assez fastidieux à remplir c'est pourquoi nous avons sollicité des entretiens avec les médecins pour pouvoir obtenir des réponses précises et complètes. De plus, les médecins devaient consacrer au moins quinze minutes de leur temps pour y répondre. Les personnes ayant acceptés ces modalités sont donc probablement aussi les plus motivées pour communiquer sur le sujet créant un **biais de sélection**.

Malgré une relance, il existe aussi un **biais de non réponse** car parmi les 89 médecins généralistes du territoire qui ont été sollicités, seulement 50 ont participé à l'enquête, soit un taux de réponse de 56,1%. Parmi les médecins qui n'ont pas participé à l'enquête, certains n'avaient pas de temps disponible, d'autres ne se sentaient pas concernés par le sujet de l'enquête. Nous ne pouvons donc pas savoir leur opinion concernant les situations complexes et leur coordination. Au final, même si ce taux de réponse nous semble acceptable, la faible taille de notre échantillon (n= 50) limite l'obtention de p significatifs. On ne peut dans ces cas-là parler que de **tendances**.

Les entretiens réalisés ne se sont pas tous déroulés dans les mêmes conditions (temps accordé, entretiens téléphoniques ou au cabinet, interruptions liées aux obligations des médecins...) ce qui a pu influencer parfois les réponses des médecins. De plus, plusieurs questionnaires n'ont pas été remplis lors d'un entretien, mais seul par le médecin, puis récupérés ensuite. Concernant quelques questionnaires, il manquait des réponses à certaines questions et ils n'ont donc pas pu être totalement exploitables.

De plus, nous avons utilisé des **questions fermées** pour l'ensemble de notre questionnaire afin d'offrir une rapidité de réponse aux médecins interrogés pour augmenter leur taux de participation et faciliter le recueils des données

exploitables. Pour chaque question, les éléments de réponses ont été bien réfléchis, en s'appuyant sur ceux cités le plus fréquemment dans la littérature ou paraissant les plus à mêmes d'être choisis par les médecins généralistes. Malheureusement aucune liste de réponses ne peut être réellement exhaustive. L'item « autres, précisez… » a donc été proposé à chaque question pour ceux qui souhaitaient préciser ou ajouter certains points non mentionnés parmi les propositions.

Enfin, pour réaliser l'analyse statistique nous avons dû regrouper deux ou trois niveaux de réponses (par exemple : « parfois », « souvent » et « tout le temps » regroupés) ce qui peut induire des différences statistiques pas toujours pertinentes. Toutefois c'était un choix de méthode permettant d'obtenir des variables binaires permettant des comparaisons en sous-groupes à l'intérieur de l'échantillon.

## B. Profil de la population étudiée

L'âge des médecins de notre échantillon est assez élevé (60% ont 50 ans et plus) et très majoritairement ce sont des hommes (84%). Ces caractéristiques traduisent une réalité de la démographie médicale régionale, puisqu'en Basse-Normandie, d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2013 [96], 71,3% des médecins libéraux ont 50 ans ou plus, et que 69 % sont des hommes. Ces données suggèrent que notre échantillon est assez représentatif de la population régionale des médecins généralistes et soulignent le vieillissement de cette population.

La moyenne de l'année d'installation des médecins interrogés est 1992. La plupart sont donc installés en moyenne depuis 22 ans, ce qui suppose une bonne connaissance du territoire étudié et de leurs partenaires, apportant de la fiabilité aux informations qu'ils nous livrent sur leurs relations avec les différents intervenants, structures et services cités.

Ainsi les caractéristiques générales de notre échantillon, tout comme le taux de participation semblent nous conforter pour interpréter les résultats

obtenus comme étant représentatifs de la population étudiée, à savoir les médecins généralistes du territoire du Bessin et du Pré-bocage.

## C. Interprétation des résultats obtenus : le médecin généraliste et la coordination des situations complexes, les grands axes

### 1. Les situations complexes font partie du quotidien du médecin généraliste

Les résultats obtenus notamment sur la question d'observation faite par les médecins généralistes des éléments participant à la complexité d'une situation, renforcent notre idée que les situations complexes font partie de leur quotidien. En effet, les propositions énoncées dans cette question sont des éléments fréquemment cités dans la littérature comme participant à la complexité d'une situation [11]. Dans notre échantillon, la majorité des médecins reconnaissent que ces éléments participent souvent voire tout le temps à la complexité d'une prise en charge dans leur pratique quotidienne. Leur définition des situations complexes est donc en accord avec celle proposée par le GCS du Bessin et du Pré-bocage [16] et la DGOS dans son guide méthodologique.

Parmi ces éléments créant de la complexité, « *une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive* » (56% souvent, 16% tout le temps), « *le décalage des informations entre les acteurs de la prise en charge* » (54% souvent et 16% tout le temps) et « *l'isolement social et/ou familial* » (54% souvent, 10% tout le temps) sont les plus fréquemment cités. Ils résument les trois enjeux de la médecine actuelle: la gestion des pathologies chroniques pourvoyeuses de perte d'autonomie, la forte nécessité de communication entre les acteurs pour une prise en charge coordonnée et la prise en compte du domaine social

dans la prise en charge médicale.

Les médecins de 55 ans et plus considèrent fréquemment l'absence de référent parmi les spécialistes intervenant auprès d'un patient comme un élément rendant complexe la prise en charge du patient (p=0,024). Effectivement, les médecins de 55 ans et plus ont vu un changement net de leur métier entre le début de leur carrière et maintenant. Ils ont eu longtemps l'habitude d'interagir avec un voire deux spécialistes maximum pour un patient et ce pour seulement une minorité de patients. Les progrès immenses de la médecine et le vieillissement de la population avec l'augmentation des maladies chroniques ont fait augmenté le nombre de spécialistes intervenant autour d'un patient et ce pour un nombre de plus en plus important de patients. Cela engendre une perte de la visibilité du rôle de chacun et une communication devenant plus difficile.

L'absence de référent parmi les spécialistes rend également fréquemment une situation complexe pour les médecins exerçant seuls plus que pour ceux exerçant en groupe (p=0,032). On imagine que lorsqu'un médecin installé seul se pose une question ou à besoin d'aide pour une prise en charge et que le spécialiste référent n'est pas clairement identifié ou accessible, il n'a pas la possibilité de prendre avis auprès de ses collègues comme le ferait un médecin exerçant en groupe. Il semble donc logique que cet item soit plus perçu comme un élément de complexité par les médecins seuls que par les médecins installés en groupe.

Dans les grands domaines pourvoyeurs de situations complexes, on retrouve :

- la gériatrie,
- les soins palliatifs
- la précarité sociale

Ces résultats correspondent directement aux facteurs générant de la complexité au XXIème siècle :

- le vieillissement de la population,

- l'augmentation des pathologies chroniques
- l'augmentation de la précarité sociale.

Avec le vieillissement de la population, les personnes âgées constituent une part de plus en plus importante de la patientèle des médecins généralistes. Cette catégorie de patients cumule le plus souvent plusieurs éléments rendant complexe leur prise en charge : poly-pathologies, manque d'autonomie, isolement social et/ou familial, multiplicité des intervenants, nécessité de mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile, des hospitalisations répétées,... C'est pourquoi il n'est pas étonnant que 54% des médecins interrogés rencontrent « *souvent* » des situations complexes en gériatrie. Les tests statistiques précisent que les médecins installés en milieu urbain identifient plus souvent des situations complexes en gériatrie que les médecins en milieu rural. Cela peut être expliqué par une population rurale qui est plus âgée que la population urbaine. Les médecins installés en milieu rural sont donc sans doute plus familiarisés avec les prises en charge gériatriques et habitués à les gérer. Ils les considèrent donc moins souvent comme complexes.

Les soins palliatifs sont également de grands pourvoyeurs de situations complexes. Les soins palliatifs, en effet, regroupent aussi plusieurs, voir l'ensemble, des éléments participant à la complexité d'une prise en charge proposés dans la question 2-1 du questionnaire : une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive, la multiplicité des intervenants, la nécessité de mise en place de matériel et/ou d'intervenants à domicile... Ce qui explique que 51% des médecins interrogés rencontrent « *souvent* » des situations complexes en soins palliatifs et 16,3% considèrent que les situations de soins palliatifs sont « *tout le temps* » complexes.

Concernant la précarité sociale, elle est un élément de complexité fréquent pour les médecins généralistes. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas de formation dans le domaine social et ne se sentent donc pas légitimes pour assurer les prises en charge sociales comme l'ont souligné les résultats

de la thèse de v. de Brisson [97].

Nous pouvons remarquer que certains domaines sont au contraire peu pourvoyeurs de situations complexes. C'est par exemple le cas de la diabétologie, puisque seulement 10% des médecins identifient « *souvent* » des situations complexes dans ce domaine et 4% « *tout le temps* ». Contrairement aux soins palliatifs, la diabétologie fait intervenir un nombre plus limité d'intervenants autour du patient, parfois le médecin traitant est même le seul acteur de la prise en charge. Cette spécialité bénéficie de plus d'un référentiel HAS complet avec des recommandations de bonnes pratiques et un guide du parcours de soins, pour les adultes atteints d'un diabète de type II, sorti en 2014. Il faut ajouter que sur le territoire de l'étude, il y a la présence d''un endocrinologue participant au réseau diabète maladies- cardio-vasculaires-obésité du GCS bien identifié par les médecins généralistes. Il existe ainsi plusieurs outils simplifiant la prise en charge des situations de maladies chroniques même complexes, en particulier le diabète gestationnel, les insuffisances cardiaques évoluées, l'obésité morbide.

## 2. Le médecin généraliste souhaite être le coordinateur de proximité de ces situations

Les réponses proposées à la question sur la définition du rôle de coordinateur étaient issues du référentiel métier du médecin généraliste [98] et ont été approuvées par la majorité des médecins de notre étude. Ils considéraient la coordination comme un de leurs rôles. Ces résultats nous permettent de valider notre hypothèse initiale qui était que le médecin généraliste se considère comme le coordinateur des situations complexes et souhaite le rester.

A travers ce rôle de coordinateur du parcours de soins du patient, le médecin généraliste doit coopérer et communiquer avec d'autres acteurs.

Les médecins interrogés coopéraient fréquemment avec les infirmiers libéraux (48% « souvent », 34% « tout le temps »), ce qui va dans le même sens

que les résultats de l'étude de Bournot et al en 2007 [82] réalisée sur un panel de médecins de cinq régions : entre 63% et 76% des médecins interrogés avaient régulièrement des contacts avec les infirmiers. Ceci peut être expliqué par la bonne connaissance réciproque et la proximité au quotidien des professions d'infirmière et de médecin généraliste dès les premiers stages de médecine. De plus le vieillissement de la population entraine une augmentation des personnes âgées souffrant de pathologies chroniques et en manque d'autonomie à domicile, sollicitant de plus en plus la mise en place de passages infirmiers à domicile. Le SSIAD est donc beaucoup sollicité également (44% « souvent», 8% « tout le temps »). La complexité exige souvent des actes infirmiers et des passages à domicile très réguliers (souvent quotidiens). Les infirmières sont des professionnels très proches de ces patients qu'elles voient bien plus fréquemment que le médecin généraliste. Elles sont une source d'informations très riche et indispensable pour le généraliste. Régulièrement, ce sont elles qui le joignent pour lui faire part d'informations nouvelles, d'interrogations voire de propositions thérapeutiques. On peut dire que le médecin et l'infirmière sont le binôme de coordination de certaines situations complexes. Le rôle de coordination fait d'ailleurs partie du référentiel métier du médecin mais aussi de celui de certaines infirmières comme les infirmières coordinatrices au sein d'un réseau ou d'une MAIA. La sollicitation fréquente par le médecin traitant d'un infirmier libéral ou d'un SSIAD est donc justifiée par la possibilité d'une prise en charge coordonnée et par l'habitude de travailler ensemble. Ajoutons que les professionnels ou dispositifs de soins infirmiers sont largement implantés sur le territoire facilitant le recours à leurs activités.

Les médecins de notre étude échangeaient également beaucoup avec les spécialistes de ville (55,1% « souvent », 8,2% « tout le temps »). Dans la même étude de Bournot et al en 2007 [82], les spécialistes faisaient aussi partie des professionnels de santé avec lesquels les généralistes avaient le plus de contact puisque 90% des médecins interrogés déclaraient avoir eu, au cours des quinze derniers jours, des échanges par téléphone ou par mail avec l'un d'entre eux à propos d'un patient. Les justifications de cette coopération

régulière et fréquente des médecins généralistes avec les spécialistes étaient dans cette étude : « *l'habitude de travailler avec ces confrères* et *la certitude qu'ils assureront un retour de l'information* » [82]. Ces réseaux professionnels dits « informels » étaient encore beaucoup utilisés par la majorité des médecins de notre étude qui ont déclaré avoir leurs « *habitudes* » et leurs « *personnes-ressources* » pour les aider efficacement en cas de difficultés dans la prise en charge d'un patient. Ils étaient réticents à faire intervenir d'autres professionnels qu'ils ne connaissaient pas physiquement et/ou dont ils connaissaient mal les rôles. Ainsi, la plupart des médecins interrogés ne souhaitaient pas faire intervenir de nouveaux professionnels comme les coordinateurs d'appui car ils ne les considéraient pas nécessaires ni légitimes : « *je connais la coordinatrice d'appui mais je n'ai jamais fait appel à elle car j'ai déjà mes habitudes et mes personnes-ressources pour m'aider si besoin, c'est bien plus efficace je pense* ». Même s'ils reconnaissaient leurs difficultés face aux situations complexes, les médecins généralistes ne semblaient pas encore prêts à changer leurs habitudes et à faire évoluer certaines de leurs pratiques professionnelles.

Les dispositifs d'HAD étaient également fréquemment sollicités (44% « souvent », 8% « tout le temps ») par les médecins généralistes de notre étude dans le cadre des situations complexes. On peut associer ces résultats à ceux de la question d'observation des domaines pourvoyeurs de situations complexes (question 2-2): les soins palliatifs et la gériatrie sont des domaines où les médecins généralistes interrogés identifiaient le plus souvent des situations complexes. Il est donc logique que les structures de coordination et de maintien à domicile que sont les HAD soient sollicitées pour ces situations. En effet, l'HAD répond à une demande très forte en ce qui concerne les soins palliatifs et les personnes âgées poly-pathologiques et/ou en manque d'autonomie, une majorité des patients désirant rester chez eux le plus tard possible, voire décéder à domicile. Ces prises en charge à domicile, en plus de garantir un confort matériel et moral pour le patient, lui permettent également de garder certains repères comme son environnement familial et son médecin traitant qui reste alors le pivot de sa prise en charge.

Ces structures sont souvent sollicitées par les médecins généralistes car elles leur apportent un soutien pour l'évaluation et la coordination des situations complexes sans leur retirer le rôle de coordinateur qu'ils revendiquent. Cabut et al ont publié en 2011 [99] des résultats du panel d'interrogation des médecins généralistes de cinq régions en accord avec ce souhait de coopération avec l'HAD : 95% des médecins avaient eu recours à l'HAD pour un patient, justifié par « *le confort du patient* » (95%), « l*e suivi de la sécurité du patient* » (83%), « *la qualité de la prise en charge* » (82%) et « *la possibilité de continuer à suivre le patient* » (81%). Pour le dernier patient adressé en HAD, 93% des médecins du panel ont déclaré que l'HAD avait répondu à leurs attentes.

Dans notre étude on observe que ce sont les médecins plus âgés (55 ans et plus) qui faisaient le plus fréquemment appel à l'HAD contre 36% des médecins de moins de 55 ans. Les médecins plus âgés sont a priori ceux qui sont installés depuis plus longtemps et qui ont donc une patientèle devenue plus âgée et plus pourvoyeuse de situations complexes. Cette patientèle nécessite de ce fait une prise en charge globale et coordonnée avec l'intervention de l'HAD. Les médecins de 55 ans et plus sont donc probablement plus habitués à travailler avec l'HAD.

Par contre, la majorité faisait peu ou pas intervenir l'assistante sociale (24,5% « jamais » et 53,1% « parfois »), tout comme dans l'étude de Bournot et al. [82] où seulement 12 à 19% des médecins avaient des échanges avec les assistants sociaux. Ces pourcentages interrogent étant donné le nombre important de médecins qui citaient les problèmes sociaux comme l'un des éléments créant de la complexité et qui ne se déclaraient pas légitimes pour s'occuper des problèmes sociaux. On peut peut-être expliquer cela par le manque de visibilité des ressources sociales par les médecins généralistes du territoire. La plupart identifie les assistants sociaux seulement à l'hôpital d'où une hausse des hospitalisations pour problème social, rompant souvent de ce fait le parcours coordonné du patient.

Les pharmaciens et les biologistes étaient également peu sollicités par les

médecins de l'étude (38% ont répondu « *jamais* » pour le pharmacien et 60% « *jamais* » pour le biologiste). Il faut préciser que ces résultats sont à interpréter dans le cadre d'une situation complexe et non en général dans le quotidien du médecin. Effectivement, dans son quotidien, les relations entre ces deux professions et le médecin généraliste sont bien plus fréquentes comme cela est mis en évidence dans l'étude de Bournot et al. en 2007 [82] : 85% des médecins interrogés avaient eu un échange avec un pharmacien au cours des quinze derniers jours et 52% à 67% avec un biologiste (70).

Dans notre étude, on observe que ce sont les médecins de moins de 55 ans qui faisaient le plus fréquemment appel au biologiste dans le cadre d'une situation complexe (56% contre 22,7% des médecins de 55 ans et plus). Nous n'avons pas trouvé d'explication à cette différence.

## 3. Quelles sont les difficultés en pratique pour les généralistes ?

Nous constatons qu'en pratique les médecins de notre étude ont peu de difficultés à déléguer, à hiérarchiser les problèmes et ne manquent pas d'outils de communication.

Le manque de temps (42% « souvent » et 32% « tout le temps ») a été un problème fréquemment cité par les médecins généralistes. Il est en partie secondaire à l'augmentation du travail administratif avec la mise en place du dispositif du médecin traitant en 2005, mis en évidence par les résultats de plusieurs études comme celles entre autres de Aulagnier et al en 2007 [100] ou Bez et al en 2010. [38] Ces charges administratives prennent beaucoup de temps au détriment du temps médical auprès du patient et du temps de plus en plus nécessaire à la coordination des situations complexes. Dans notre étude, même si la majorité des médecins interrogés sont d'accord pour dire que la coordination relève de leur rôle, 32,6% ne sont pas d'accord pour remplir les formalités administratives à la mise en œuvre des prestations nécessaires pour le patient.

Ajoutons, pour expliquer ce manque de temps, que le nombre de médecins par habitants a diminué depuis la diminution du numerus clausus dans les années 90. De ce fait, nous assistons à une augmentation du nombre de patients par médecin parallèlement à l'augmentation des pathologies chroniques et des situations complexes qui nécessitent des temps de consultation plus longs et un suivi au long cours. Très souvent, comme nous l'avons vu plus haut, les situations complexes concernent des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie chez qui s'ajoutent parfois des problèmes sociaux, ce sont donc souvent des personnes qui n'ont pas les moyens de se déplacer jusqu'au cabinet du médecin. Ce dernier doit donc se déplacer à leur domicile et consacrer un temps de consultation souvent plus long que celui dédié aux autres patients. Ainsi, dans l'étude de Buyck et al en 2014 [101], les médecins interrogés déclarent que 84% des actes effectués pour des personnes âgées dépendantes correspondent à des visites à domicile. Les médecins de cette étude déclarent une durée moyenne de 25 minutes lors des visites à domicile pour ces personnes âgées dépendantes. Ce qui est bien plus élevé que la durée moyenne de consultation de 18 minutes déclarée par les médecins de l'étude de Jakoubovitch et al [102] en 2012 pour les autres patients (sans distinguer « personne âgée dépendante » ou non). Le médecin traitant ne peut pas toujours régler l'ensemble des problèmes lors du temps sur place et doit donc consacrer du temps supplémentaire au patient une fois revenu au cabinet pour avoir accès à l'ensemble du dossier et joindre d'éventuels professionnels et/ou mettre en place d'éventuels intervenants ou matériel à domicile. Parmi le panel de médecins de l'étude de Buyck et al [101], près de huit médecins sur dix déclarent que leur rôle consiste à repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement et qu'ils doivent s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin. Près de deux sur trois sont à l'origine de la mise en place d'une aide professionnelle à domicile.

L'absence de rémunération a souvent était évoquée comme un frein à la l'activité de coordination par les médecins de notre étude, bien que cet élément n'était pas proposé dans la grille de réponses. Contrairement aux

réseaux professionnels informels, qui se sont édifiés progressivement, et fonctionnent avec un faible investissement personnel, les professionnels et les structures de coordination (MAIA, CLIC, PASS, réseaux, coordinateur d'appui,...), récentes, édifiées pour les situations complexes ont, malgré la connaissance de leur existence par certains médecins généralistes, des rôles et des fonctionnements souvent méconnus de ces derniers. La multitude de l'offre contribue à ce sentiment d'opacité et de complexification. Ainsi une démarche personnelle est souvent nécessaire de la part des médecins pour faire connaissance avec ces nouveaux dispositifs. La conséquence en est une charge de travail supplémentaire associée souvent à un sentiment de lourdeur administrative et de « chronophagie » non ou très peu rémunérée.

On pourrait penser qu'une rémunération adaptée au temps de coordination inciterait les médecins à débloquer du temps en diminuant leur nombre de consultations et en déléguant les charges administratives.

La difficulté à évaluer l'ensemble des besoins (44% « souvent » et 18% « tout le temps ») découlait très probablement du manque de temps évoqué par les médecins dans leur pratique. L'évaluation des besoins, qui doit idéalement se faire « *au plus près du lieu de vie du patient* » et *« non dans le confort d'un service hospitalier »* comme l'a déclaré un médecin de notre étude, est effectivement une activité qui ne peut être rapide. Pourtant, le médecin généraliste semble légitime pour réaliser cette évaluation étant donné qu'il est celui (après peut-être le patient lui-même) qui détient le plus d'informations au sujet du patient. Une part importante des médecins, soit 96% des médecins interrogés, étaient « *d'accord* » (46%) ou « *tout à fait d'accord* » (50%) pour reconnaître l'évaluation de l'ensemble des besoins du patient comme l'un de leur rôle en tant que coordinateur de soins.

Le manque de visibilité des ressources sanitaires et sociales de proximité (42% « souvent » et 12% « tout le temps ») a été souvent déclaré comme une difficulté pour la coordination en pratique des situations complexes. L'analyse en sous- groupe a fait apparaître une tendance : les médecins de l'étude installés en groupe ont moins de difficultés à identifier l'ensemble des

ressources sanitaires et sociales de proximité que les médecins installés seuls. On peut faire l'hypothèse que les médecins installés à plusieurs sont ceux qui souhaitent le plus avoir un travail en équipe et bénéficier d'un partage des connaissances et des responsabilités. Ils sont donc probablement les plus informés sur l'existence et les rôles des autres professionnels et structures de leur territoire.

Au final, même si les acteurs et les outils pour l'aide à la coordination des situations complexes ne manquent pas, ils sont peu utilisés en pratique, par manque de connaissance et/ou surtout manque de temps. La lourdeur administrative et le caractère chronophage de la prise en charge de ces situations a été souvent citée en commentaire par les médecins généralistes de l'étude. Les médecins semblent donc surtout vouloir gagner du temps en se déchargeant de tâches chronophages comme l'administratif et en ayant une meilleure visibilité et connaissance des dispositifs existants.

## 4. Quelles sont les attentes des médecins généralistes ?

L'ensemble des propositions faites aux médecins de l'étude ont été, pour la majorité, perçues comme intéressantes pour les aider dans la coordination des situations complexes. Ce qui reflétait bien leur besoin d'aide pour ces situations. Cependant, ils souhaitaient invariablement garder leur rôle de coordinateur central dans la prise en charge. Ainsi, les médecins de l'étude de la thèse de Valentine de Brisson en 2012 avaient exprimé ce souhait d'aide pour les situations complexes en cancérologie mais craignaient les structures trop rigides de coordination ou d'organisation des soins de peur de ne plus être le « *chef d'orchestre* » [97].

La gestion d'une situation complexe se compose de plusieurs étapes : identification et évaluation de la complexité, élaboration d'un pré-PPS, finalisation du PPS en participant à un staff puis réorientation (passage de relai) vers des dispositifs de coordination existants. C'est au niveau de l'étape

d'évaluation globale de la situation que les médecins interrogés ont déclarés avoir le plus de difficultés. Effectivement, 96% des médecins interrogés pensent que l'évaluation des besoins des patients relève de leur rôle mais 62% déclarent avoir « *souvent* », voire « *tout le temps* » des difficultés à réaliser cette évaluation. Ils ne veulent pas pour autant être mis à l'écart pour cette étape, ce qui semble légitime étant donné qu'ils sont détenteurs de la connaissance de leur patient et de son entourage mais aussi du contexte et du terrain. Leur difficulté à faire une évaluation globale des situations complexes relevait surtout de leur manque de temps pour la réaliser et parfois du manque d'expertise sur certains aspects. D'autant plus que ces situations demandent des réévaluations régulières.

Les attentes des médecins généralistes se portaient donc essentiellement sur les façons de coordonner grâce à des outils simples, pratiques et rapides. Les médecins de notre étude ont ainsi été plutôt intéressés par des moyens de communication rapides tels que le téléphone : un conseil téléphonique d'astreinte dans la journée par les différents professionnels concernés (44% « souvent », 24% « tout le temps »), un annuaire téléphonique répertoriant les différentes ressources du territoire (40% « souvent » et 28% « tout le temps ») ou un numéro de téléphone unique (38,8% « souvent », 20,4% « tout le temps »).

Les propositions qui leur paraissaient plus compliquées, pour des raisons de temps et d'organisation comme les réunions de concertation pluridisciplinaires (36% « souvent », 14% « tout le temps ») et l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (34% « souvent », 16% « tout le temps »), ont été moins plébiscitées.

Cependant, la réunion pluridisciplinaire était une proposition jugée intéressante de par son caractère pluridisciplinaire mais souvent non réalisable en pratique. Lors des entretiens avec les médecins, plusieurs ont regretté de ne pouvoir y participer faute de problèmes de calendrier, d'heures supplémentaires, de lieux de réunion éloignés. A plusieurs reprises, l'idée de la « visioconférence » a été évoquée par les médecins. Elle leur permettrait de

participer à ces RCP, de communiquer avec les différents professionnels, tout en s'adaptant à leurs contraintes de temps et de localisation géographique. Il faut cependant atténuer cette idée avec le fait que la couverture internet reste encore inégale sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones les plus rurales.

Il y avait donc un souhait des médecins de pouvoir raccourcir le temps et l'espace grâce à des outils en ligne performants et simple d'utilisation (visio-conférence, dossier médical partagé, messagerie sécurisée,...). Ces outils existent déjà mais semblent en pratique insuffisamment utilisés, souvent par manque de formation à leur utilisation ou d'adaptation à l'organisation du temps de travail des médecins généralistes. Dans le travail de thèse d'Hortense Binart en 2012 [103] sur la communication entre les généralistes et autres professionnels de santé libéraux, 14% des médecins interrogés ont répondu qu'aucun changement d'outil ne leur paraissait nécessaire ou susceptible d'améliorer la qualité des échanges avec leurs confrères. Un autre travail effectué en 2010 [104] a montré qu'une généralisation à court termes des systèmes électroniques sécurisés et de télétransmission semblait importante aux yeux des généralistes.

On remarque que l'intérêt pour l'élaboration d'un PPS était plus important chez les médecins exerçant en milieu urbain (p=0,030) et en groupe (p=0,080). Cela est probablement expliqué par le fait que les médecins en milieu urbain sont plus proches, géographiquement parlant, de l'ensemble des ressources (structures, spécialistes, professionnels paramédicaux, sociaux...) intervenant dans la réalisation du PPS. Les médecins installés en groupe, travaillant déjà dans un esprit de coordination, sont également peut être plus informés sur l'existence et le rôle du PPS, et sur sa réalisation.

Le recours à <u>un numéro de téléphone unique</u> faisant référence à un « guichet unique », n'a pas engendré d'avis très tranché puisque 40,8% des médecins n'y trouvaient « *aucun intérêt* » ou un « *intérêt mineur* » et 51,2% trouvaient cela « *plutôt intéressant* » ou « *très intéressant* ». Les généralistes semblaient un peu septiques sur la faisabilité de ce type d'organisation.

Concernant les recommandations de bonnes pratiques, elles étaient, dans une étude de Aulagnier et al en 2007 [100], l'outil le plus utilisé par les médecins du panel de l'étude (environ 6 médecins sur 10, 66% des médecins en Basse-Normandie). Dans le cadre d'une situation complexe, qui est par définition la situation d'un patient pour qui la décision clinique et les processus de soins requis ne sont pas de routine ou standards, les recommandations de bonnes pratiques ne semblent pas suffisantes. Afin de fournir des recommandations plus adaptées à la coordination des situations complexes, la HAS a déjà sorti plusieurs guides de parcours pour certaines maladies chroniques (Bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale,...).

Plusieurs médecins généralistes ont également évoqué au travers de commentaires oraux ou écrits leur souhait d'une rémunération adaptée à la complexité croissante des consultations de médecine générale et pour le temps passé à la coordination des situations complexes. Actuellement, il n'existe qu'une rémunération de 40 euros par an pour chaque prise en charge de pathologie chronique (forfait ALD), ce qui semble bien peu par rapport au temps nécessaire pour la coordination des situations les plus complexes. On comprend alors que les médecins généralistes soient réticents à diminuer le temps consacré aux consultations « de routine » au profit du temps consacré aux situations plus complexes. L'absence de rémunération adaptée ne faisait pas partie des difficultés proposées dans le questionnaire présenté aux médecins. Pourtant, les commentaires récurrents faits à ce sujet par les médecins interrogés en montrent bien l'enjeu. La juste rémunération de l'activité de coordination des situations complexes par le médecin généraliste ouvre la perspective d'un autre sujet de thèse.

# CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La complexité fait partie de la nature de la médecine générale mais tend à augmenter depuis plusieurs années parallèlement aux profonds changements épidémiologiques et sociaux en cours : vieillissement de la population, progrès médicaux, hyperspécialisation, augmentation des pathologies chroniques, contraintes économiques, complexification et cloisonnements du système de santé.

L'existence de situations dites « complexes » où s'intriquent des éléments médicaux et sociaux est une réalité confirmée par les médecins de notre étude. Cependant notre travail a montré que fournir une définition unique et concrète d'une situation complexe n'est pas possible. La complexité d'une situation varie en fonction de la singularité de la prise en charge du patient, de la spécificité du parcours de santé (thématique) concerné, des particularités du territoire (ressources existantes) et de l'expérience et du mode d'exercice de chaque médecin traitant. Rappelons qu'une situation complexe est en plus variable dans l'espace et évolutive dans le temps.

Nous pouvons cependant mettre en avant certaines « thématiques cibles » telles que la gériatrie, les soins palliatifs, la précarité sociale et les maladies chroniques particulièrement pourvoyeuses de complexité selon les médecins interrogés. Ces thématiques sont directement en lien avec les facteurs épidémiologiques et sociaux de complexité au XXIème siècle. La mise en évidence de ces « thématiques cibles » incite l'harmonisation des pratiques et la structuration des parcours de santé pour la gestion des situations complexes. L'expérience des équipes de coordination du GCS confrontées quotidiennement à des situations complexes leur a permis d'élaborer des outils pour avoir une représentation commune de ces situations et ainsi participer à leur prise en charge.

La gestion d'une situation complexe, nécessite de s'adapter à l'originalité de la situation. Une évaluation globale initiale est indispensable pour identifier, prioriser et hiérarchiser les besoins du patient avant d'orienter vers et/ou mobiliser les ressources adéquates.

Les médecins généralistes interrogés souhaitent conserver leur rôle de coordinateur de proximité, même pour les situations les plus complexes.

Leur connaissance du terrain, du patient dans son histoire, son environnement et de son l'entourage est essentielle. Cependant ces situations nécessitent justement des niveaux d'expertise pour l'évaluation faisant appel à une polyvalence collective plutôt qu'individuelle.

Les médecins généralistes se sentent en difficulté dans la gestion de ces situations non standardisées et éloignées de leur formation universitaire. La première difficulté se situe au niveau de l'évaluation, étape indispensable avant toute coordination qu'ils ne peuvent réaliser seuls, étant donné la présence de facteurs de complexité ne relevant pas du domaine médical. Ensuite, la diversité et la multiplicité des professionnels et des dispositifs existants complexifie l'identification de « référents ressources » par le médecin traitant. Les généralistes de notre étude ont rapporté un décalage des informations entre les intervenants, beaucoup avaient l'impression d'être shuntés de la prise en charge, ils souhaitent un retour d'information rapide et régulier. Enfin, comme la complexité d'une situation évolue dans le temps, des réévaluations régulières sont indispensables en vue de redéfinir le projet de soins et de réadapter les moyens à mettre en œuvre. Pour toutes ces étapes de la gestion d'une situation complexe le manque de temps était une difficulté constante pour les médecins généralistes interrogés.

Pour répondre à ces problématiques, les outils et les dispositifs ne manquent pas, une meilleure réadaptation aux contraintes du médecin traitant semble nécessaire. Il faut fédérer les ressources existantes plutôt que d'en créer de nouvelles. Le travail d'équipe, en coopération, pour favoriser une intégration des soins est la solution à privilégier, que ce soit par l'organisation des professionnels de premiers recours en structures pluri-professionnelles ou leur fédération par un réseau de santé. Pour pouvoir travailler ensemble, ils ont besoin de pouvoir communiquer avec des outils simples et rapides utilisant les technologies de l'information et de la communication. Celles-ci permettent d'optimiser les contraintes de temps et d'espace à condition de

s'intégrer aux logiciels métier existants et de ne pas créer de nouvelles difficultés. La concertation pluridisciplinaire semble incontournable, cependant l'absence physique du médecin traitant faute de temps ne doit pas être un frein à sa réalisation et ne doit pas l'exclure de la concertation. Il existe des solutions alternatives : la visio-conférence, la représentation par un coordinateur d'appui, la communication par téléphone ou tout autre moyen de communication en amont, pendant et après la RCP. Le temps des généralistes pourrait également être optimisé en proposant de participer à une RCP pour l'ensemble de leurs patients complexes sur une thématique donnée. Par exemple, une RCP de gériatrie tous les 6 mois (réunissant les acteurs ressources : IDE, gériatre, CLIC, MAIA, SSIAD,...), pendant laquelle le médecin traitant pourrait aborder toutes les situations complexes de gériatrie auxquelles il est confronté. L'exercice regroupé peut aussi être une opportunité pour recenser les situations complexes sur plusieurs thématiques et envisager des staffs délocalisés au plus près du lieu de vie. Cette possibilité est expérimentée par le GCS dans des staffs maladies chroniques chez le médecin traitant. Elle permet l'identification physique des différents intervenants entre -eux, la connaissance réciproque de leurs compétences et facilite leur communication ultérieure pour d'autres situations, répondant ainsi à leur volonté de décloisonner les secteurs. Ajoutons qu'une valorisation financière du temps passé à la coordination de ces situations par le médecin généraliste pourrait inciter à libérer du temps sur l'activité de consultation au profit du temps de l'activité de coordination.

Un axe intéressant semble se dessiner dans la mise en place d'un guichet unique territorial (avec un numéro de téléphone unique) qui ferait disparaître ainsi le problème du manque de visibilité et correspondrait à un outil simple et rapide. Ce guichet unique permettrait l'accès pour le médecin traitant à une évaluation spécifique, un conseil d'expert, la participation à un staff, la mobilisation d'une coordination d'appui pour la mise en œuvre des parcours personnalisés de santé des situations complexes. L'expérimentation qui a eu lieu dans le territoire du Bessin et du Pré-bocage ainsi que les recommandations de la HAS confortent la nécessité de ce type d'organisation.

Néanmoins on n'imagine qu'il n'est pas applicable selon les mêmes modalités à tous les territoires car ce « guichet unique » (représenté par le coordinateur d'appui) s'intègre en tenant compte des dispositifs existants (et non en s'y surajoutant). Or l'offre de soins, les dispositifs de coordination existants et les besoins d'aide pour la coordination des situations complexes sont variables d'un territoire à l'autre.

Enfin ne perdons pas de vue que le patient et son entourage restent les dénominateurs communs à l'ensemble des acteurs. C'est le patient qui détermine la coordination à travers son état de santé, son ressenti, ses demandes, et l'évolution de sa situation sur les plans médical, psychologique et social. Il est au cœur de la communication entre les différents acteurs. Le médecin traitant doit donc rester l'interlocuteur privilégié de proximité du patient et de son entourage, tout en faisant le lien avec les autres acteurs de la prise en charge, gardant ainsi son rôle de pivot du parcours de santé.

Il nous a livré ses attentes et ses besoins lorsqu'il est confronté à des situations complexes. Les dispositifs et outils à mettre en œuvre pour l'aider dans cette mission doivent s'adapter à ses contraintes mais l'invitent par ailleurs à faire évoluer ses modalités d'exercice et ses pratiques professionnelles.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] MORIN E.
Introduction à la pensée complexe. Paris:Seuil;2005. p.10

[2] STACEY RD.
Strategic management and organizational dynamics, the challenge of complexity. 3 rd ed. London:Little:Brown; 1999

[3] PLSEK PE, GREENHALGH T.
The challenge of complexity in health care. BMJ 2001;323:625-8

[4] WILSON T, HOLT T.
Complexity and clinical care. BMJ 2001;323:685-8

[5] PLSEK PE, WILSON T.
Complexity, leadership and management in healthcare organizations. BMJ 2001; 323:746-9

[6] FRASER SW, GREENHALGH T.
Coping with complexity: Educating for capability. BMJ 2001; 323:799-803

[7] ENGEL GL.
The need for a new medical modele: a challenge for a biomedicine. Science 1977;196 :129-36.3

[8] STALDER H.
Médecine générale – pensée linéaire et complexité. Rev Med Suisse 2006;2:2150-3

[9] EVANS L, DAVID RM, TROTTER MA.
Epistemology and uncertainly in primary care: an exploratory study. Fam Med 2006; 4: 450-4

[10] WEISS KB.
Managing complexity in chronic care: an overview of the VA state-of-the-art (SOTA) conference. J Gen Intern Med 2007;22(Suppl 3):374-8

[11] HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)
Note méthodologique et de synthèse documentaire : Coordination des parcours, Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? [En ligne] Septembre 2014 [Consulté le 10/06/14]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

[12] PURDY S.
Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? The King's Fund [En ligne] 2010 [Consulté le 08/12/14 ].
Disponible sur : http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding_hospital.htm

[13] GRANT RW, ASHBURNER JM, HONG CS, CHANG Y, BARRY MJ, ATLAS SJ.
Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. Ann Intern Med 2011;155(12):797-804

[14] DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [En ligne] Octobre 2012 [Consulté le 10/08/14]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

[15] AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE NORMANDIE
Cahier des charges des projets expérimentaux d'appui à la coordination. 2012

[16] GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE *« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage »*
Rapport d'activité 2013

[17] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
Evolution de l'espérance de vie à divers âges [En ligne] [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229

[18] CONTANDRIOPOULOS AP, DENIS JL, TOUATI N, RODRIGUEZ R.
Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé [En ligne] 2001 [Consulté le 10/09/14] ; 8 : 38-52
Disponible sur : http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf

[19] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE
Les effets d'une crise économique de longue durée, le rapport 2013-2014 de l'ONPES [En ligne] juillet 2014 [Consulté le 10/09/14] La lettre de l'ONPES n°3
Disponible sur : http://www.onpes.gouv.fr/Les-effets-d-une-crise-economique.html

[20] CAMBOIS E.
Les personnes en situation sociale difficile et leur santé [En ligne]. Les travaux de l'Observatoire 2003-2004 [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur : https://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2003-2004-1-2-1-personnesensituationdifficile_sante-Cambois1.pdf

[21] VIAU A, MORIN M, SOUZY AM, OBADIA Y.
Opinions et attitudes des médecins généralistes face aux populations défavorisées : enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.
In: JOUBERT M, CHAUVIN P, FACY F, RINGA V.
Précarisation, risque de santé. Paris : Inserm ; 2001.

[22] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE-DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Synthèse des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire; mai 2001, 174 p.

[23] KRAKOWSKI I, BOUREAU F, BUGAT R, CHASSIGNOL L, COLOMBAT P, COPEL L et al.
Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés.
Oncologie 2004; 6 (1):7-15

[24] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Art. L. 1111-1 et L.1111-2 [En ligne]. 2002 [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

[25] Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001 [En ligne]. juin 2001 [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf

[26] ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014, Comment la France se positionne ? [En ligne]. 2014 [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur : http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-Information-FRANCE-2014.pdf

[27] GEAY C, DE LAGASNERIE G.
Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE. [En ligne] Paris : Direction Générale du Trésor, collection *Documents de travail de la DG Trésor, 2013/08*, 2013/12, 39 p., FRA [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur : http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/394409

[28] AUBRY R.
Les fonctions de la coordination dans le champ de la santé. Santé Publique. 2007; 19(suppl. 1): 573-577

[29] LEEUWENHORST GROUP
The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on The Teaching of General practice. Netherland, 1974

[30] WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTIONNERS/FAMILY PHYSICIANS (WONCA)
The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991

[31] GAY B.
What are the basic conditions for defining general practice? Presentation to inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine. Strasbourg, 1995

[32] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale / médecine de famille en Europe. Copenhague, 1998

[33] WONCA-EUROPE
La définition européenne de la médecine générale / médecine de famille. 2002

[34] Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
J Off Répub Fr 1998; 5 décembre:18329

[35] COUR DES COMPTES.
Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie [En ligne]. 2013 [Consulté le 11/06/14].
Disponible sur : http://www.ccomptes.fr/+fr/Publications/Rapport-public-annuel-2013

[36] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (article L162-5-3) [En ligne]. [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=39E42F909642FC954E86B10CFD3DBF02.tpdila14v_2?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740744&dateTexte=20150409&categorieLien=id#LEGIARTI000006740744

[37] Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. [En ligne]. [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000638584

[38] BEZ N, CARON J, CAUSSE JR, CRESPY O, ENRIONE-THORRAND JP, GROS P. et al.
URML Rhône-Alpes, Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes [En ligne]. Septembre 2010 [Consulté le 11/06/14] Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/Rapport_CAREPS_URML_medecin_traitant__Version_Finale.pdf

[39] GOUYON M.
Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions. Dossier Santé et Solidarité. 2009;11

[40] AGENCE REGIONALE DE SANTE
Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie [En ligne]. [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur : http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html

[41] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Programme personnalisé de soins (PPS) [En ligne]. février 2012 [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_parkinson.pdf

[42] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [En ligne]. mars 2014 [Consulté le 15/01/15]
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

[43] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Prise en charge des maladies chronique [En ligne]. 2014 [Consulté le 15/01/15]
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques

[44] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
Présentation de la Stratégie Nationale de Santé. Intervention de Marisol Touraine [En ligne]. 23 septembre 2013 [Consulté le 11/06/14]
Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/presentation-de-la-strategie,16253.html

[45] SARRADON-ECK A, VEGA A.
Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie (Aix-Marseille III). 2002-2004

[46] KRUCIEN N, LE VAILLANT M, PELLETIER-FLEURY N.
Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Question d'économie de la santé.2011;163

[47] DAVID M, GALL B.
L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007. Drees. Etudes et résultats. 2008;651

[48] MC DONALD KM, SCHULTZ E, ALBIN L, PINEDA N, LONHART J, SUNDARAM V. et al.
Care coordination Atlas Version 3. Rockville, MD : AHRQ Publication [En ligne]. 2010 [Consulté le 13/06/14]
Disponible sur : http://www.childhealthdata.org/docs/drc/ahrq-care-coordination-atlas-dec-2010.pdf?sfvrsn=1

[49] MC GUINESS C, SIBTHORPE B.
Development and initial validation of a measure of coordination of health care. H Qual Health Care. 2003;15(4): 309-18

[50] SCHOEN C, OSBORN R, SQUIRES D, DOTY M, PIERSON R, APPLEBAUM S.
New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff. December 2011;30(12):2437-2448

[51] LASSAUNIERE JM.
Interdisciplinarité et clinique du soin, 14ème Congrès National de la SFAP. Médecine palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique 2008;7(4):181-185

[52] MC DONALD KM, SUNDARAM V, BRAVALA DM, LEWIS R, LIN N, KRAFT SA, et al.
Closing the quality gap: a critical analisys of quality improvement strategies, Rockville MD: AHRQ; 2007

[53] KODNER DL, KYRIACOU CK.
Fully integrated care for frail elderly: two American models.
Int J Integr Care.2000;1: e08

[54] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
L'exercice regroupé dans les services de santé, une action coordonnée des professionnels en faveur des patient [En ligne]. [Consulté le 13/06/14]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf

[55] UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE BASSE-NORMANDIE
Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires [En ligne]. 2013 [Consulté le 13/06/14]
Disponible sur : http://www.urml-bn.org/44-psla-poles-de-sante-liberaux-ambulatoires/

[56] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.
Centre local d'Information et de Coordination [En ligne]. [Consulté le 20/06/14].
Disponible sur : http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do

[57] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.
Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2011 [En ligne]. 2008 [Consulté le 13/06/14]
Disponible sur : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf

[58] ASSEMBLEE NATIONALE
Article 52 du Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement [En ligne] 17 septembre 2014 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0403.asp

[59] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
L'hospitalisation à domicile (HAD) [En ligne]. 5 décembre 2014 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had,12379.html

[60] FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE
L'HAD en quelques chiffres [En ligne]. 2013 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.fnehad.fr/lhad/chiffres-cles.html

[61] CHEVREUL K, BAHRAMI S, LUCIER S, LELOUARME JF, CANAPE S, GABACH P et al.
Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le coût de leur prise en charge et ses déterminants [En ligne].2009 [Consulté le 20/06/14 ]
Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf

[62] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [En ligne].11 juin 2009 [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html

[63] POUTOUT G.
Les réseaux sont-ils solubles dans le système de santé ? La genèse. Revue hospitalière de France. 2007;516:61-65

[64] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION DE LA SANTE
Principes d'évaluation des réseaux de santé [En ligne]. août 2009 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf

[65] SOCIETE FRANCAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS
Réseaux [En ligne] 2005 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.sfap.org/content/r%C3%A9seaux

[66] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Art. L. 6321-1 [En ligne]. 2002 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2EF68187B3218F4E692D42B575308169.tpdila24v_2?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=20020305#JORFARTI000002441732

[67] CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, Rapport d'activité 2009 [En ligne]. Septembre 2010 [Consulté le 20/06/14]
Disponible sur : http://www.reseaux-gerontologiques.fr/wp-content/uploads/fiqcs-rapport-20091.pdf

[68] DANIEL C, DELPAL B, LANNELONGUE C.
Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), Rapport de synthèse. IGAS mai 2006; Rapport n°2006 022

[69] DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [En ligne]. octobre 2012 [Consulté le 10/06/14]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

[70] BERTHOD-KAMTA NOGUE II Ophélie
La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes ?
Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2011

[71] RIGAUD Charles
Les réseaux de santé à l'heure du Nouveau Management Public [En ligne].
Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) : Rennes ; 2011[Consulté le 10/06/14]
Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/ppasp/rigaud.pdf [consulté le 10/09/14]

[72] CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA
Disponible sur:
http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCasaManager/tabid/224/Default.aspx
[Consulté le 10/06/14]

[73] CASE MANAGEMENT OF AUSTRALIA
Disponible sur : http://wwwcmsa.org.au/documents/item/111

[74] CASE MANAGEMENT SOCIETY UK
CMSU standards of practice and best practice guidelines Sutton : CMSUK;2009
Disponible en ligne sur: http://www.cmsuk.org/documents/tmp4B79.pdf
[Consulté le 10/06/14]

[75] BULA CJ, ALESSI CA, ARONOW HU, YUHAS K, GOLD M, NISENBAUM R et al.
Community physician's cooperation with a program of in-home comprehensive geriatric assessment. Journal of American geriatric Society.1995;43(9):1016-20

[76] ] KAN RL, HOMYAK P, BERSHADSKY B.
Consumer reactions to the Wisconsin Partnership Program and its parent, the program for All-Inclusive Care of the Elderly (PACE). Gerontologist. 2002;42(3) :314-320

[77] MILETTE L, HEBERT R, VEIL A.
Integrated service delivery networks for seniors: early perceptions of family physicians. Can Fam Physician. 2005; 51:1104-5

[78] WAY D, JONES L, BASKERVILLE B, BUSING N
Primary health care services provided by nurse practitionners and family physicians in shared practice. Cmaj. 2001 Oct 30;165 (9):1210-4

[79] DE STAMPA Matthieu
Modèles d'intégration des services pour les personnes âgées en soins primaires : conditions pour la participation des médecins généralistes.
Thèse doctorat d'université : Médecine : Reims-Champagne Ardennes :

[80] ASSOCIATION DU RESEAU DE SANTE DE PROXIMITE ET D'APPUI DE FRAMCHE-COMTE
[En ligne]. [Consulté le 25/06/14]
Disponible sur : www.arespa.org

[81] GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE *« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage »*
Expérimentation Appui à la coordination des situations complexes sur le Bessin-Prébocage, Bilan et perspectives. Novembre 2014

[82] BOURNOT MC, GOUPIL MC, TUFFREAU F. DREES
Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié.
Etudes et résultats, Août 2008 (n°649).

[83] ASSYAG P, RENARD P.
Votre regard et votre pratique de médecin spécialiste de médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients. [En ligne]. 2014 [Consulté le 10/03/15
Disponible sur : http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/140624_Enquete_ParcoursDeSoins.pdf

[84] URPS MEDECINS LIBERAUX ILE-DE-FRANCE
Appels téléphoniques reçus et émis par le médecin généraliste lui-même en consultation à son cabinet. [En ligne]. 2010 [Consulté le 21/06/14]
Disponible sur : http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Resultats_Etude_Appels_tel_MG.pdf

[85] HAUTE AUTORITE DE SANTE
Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) [En ligne]. Mai 2014 [Consulté le 21/06/14]
Disponible en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf

[86] DICTIONNAIRE LAROUSSE
Définition des technologies de l'information et de la communication (TICS)

[87] ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'INFORMATIQUE ET DE LA COMMUNICATION EN MEDECINE (APICEM)
Bilan 2013 des statistiques de la messagerie médicale sécurisée Apicrypt [En ligne]. 2014 [Consulté le 22/06/14]
Disponible sur : http://www.apicrypt.org/files/communication/BILAN%202013.pdf

[88] COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES
Guide professionnels de santé [En ligne]. 2011 [Consulté le 21/06/14] ; p.21-23
Disponible sur : https://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf

[89] DOSSIER MEDICAL PERSONNEL
Combien de patients ont-ils un DMP aujourd'hui en France ? [En ligne]. 2015 [Consulté le 10/05/15]
Disponible sur : http://www.dmp.gouv.fr/nb-dmp-par-region-ps

[90] BERTAUD A.
Assemblée générale GCS Télésanté Basse-Normandie
Point d'actualité DMP et Messageries Sécurisées de Santé [En ligne]. 2014 [Consulté le 10/05/15]
Disponible sur :
http://www.telesante-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1620/4331/9083.pdf

[91] OMAKHLOUF Lydia
Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès des médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation
Thèse d'exercice : Médecine : Paris 6 UFR Pierre et Marie Curie
2014PA06G052

[92] TELESANTE BASSE-NORMANDIE
Système d'information de coordination [En ligne]. 2014 [Consulté le 09/03/15]
Disponible sur : http://www.telesante-basse-normandie.fr/l-enrs-et-les-projets/si-de-coordination,3846,3774.html?

[93] AGENCE REGIONALE DE SANTE BASSE-NORMANDIE
Programme régional de télémédecine [En ligne]. Décembre 2012-décembre 2017 [Consulté le 21/06/14]
Disponible sur : http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/fileadmin/BASSE-NORMANDIE/PRS/PRS_V2/ARS-PRT_V2_BAT_dec-2012.pdf

[94] AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX (ANAP)
La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe [En ligne]. 9 mai 2012 [Consulté le 21/06/14]
Disponible sur : http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe/

[95] ASSURANCE MALADIE
Sophia, le service pour les malades chroniques [En ligne]. [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/sophia-le-service-pour-les-malades-chroniques/le-service-sophia.php

[96] RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G.
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
Atlas de la démographie médicale en région Basse-Normandie [En ligne]. Situation en 2013 [Consulté le 10/09/14]
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/basse-normandie_2013.pdf

[97] DE BRISSON DE LAROCHE VALENTINE
Soins oncologiques de support : besoins, attentes, et place du médecin généraliste.
Thèse d'exercice : Médecine : Caen

[98] NICODEME R, DEAU X.
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM [En ligne]. 26 juin 2008 [Consulté le 10/09/14]
Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentielmg.pdf

[99] CABUT S, GUERVILLE M-A, OBADIA Y, PARAPONARIS, VERGER P. DREES
Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile, Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans 5 régions françaises.
Etudes et résultats, 2011;753

[100] AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA-SERRE B, VENTELOU B, VERGER P. et al. DREES
L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cing régions françaises.
Etudes et résultats,2007;610

[101] BUYCK JF, CASTERAN-SACRESTE B, CAVILLON M, LELIEVRE F, TUFFREAU F, MIKOL F. DREES
La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.
Etudes et résultats.2014;869

[102] JAKOUBOVITCH S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F.
Les emplois du temps des médecins généralistes [En ligne]. 2012 [Consulté le 05/03/15]
Etudes et résultats
Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf

[103] BINART ECALE Hortense
Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral.
Thèse d'exercice : Médecine. Neuilly sur seine. 30 novembre 2012

[104] GAIGNEUR Charlotte
La qualité des informations transmises aux médecins traitants par leurs partenaires de soins : enquête de satisfaction auprès des généralistes bretons.
Thèse d'exercice : Médecine. Rennes. 2011

# ANNEXES

# I. Questionnaire

**COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin Pré-bocage**

**1ère partie – afin de mieux vous connaître, merci de préciser**

**1.1 Sexe :**

Homme ❑ Femme ❑

**1.2 Age :**

Moins de 40 ans ❑ De 40 à 44 ans ❑ De 45 à 49 ans ❑
De 50 à 54 ans ❑ De 55 à 59 ans ❑ 60 ans ou plus ❑

**1.3 Année d'installation :**

**1.4 Vous exercez en cabinet :**

Individuel ❑ De groupe ❑

**1.5 Vous exercez en milieu :**

Rural ❑ Urbain ❑

**1.6 Vous exercez une activité médicale autre que libérale :**

Oui ❑ Non ❑

**Si oui, merci de préciser : ...**

**2ème partie : La définition d'une situation complexe**

Selon le guide méthodologique du DGOS, les situations complexes sont *« les situations appelant une diversité d'intervenants, et auquel le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. »*

**2.1 Plusieurs éléments peuvent participer à la complexité d'une prise en charge :** Dans la liste suivante, merci de préciser pour chaque proposition si elle rend *jamais, parfois, souvent* ou *tout le temps* une situation complexe dans votre pratique :

| | Jamais | Parfois | Souvent | Tout le temps |
|---|---|---|---|---|
| L'existence de plusieurs pathologies concomitantes chez un même patient | | | | |
| Une pathologie invalidante et/ou gravement évolutive | | | | |
| Une pathologie non stabilisée/des hospitalisations répétées | | | | |
| L'isolement social et/ou familial | | | | |
| Le manque d'autonomie de la personne ou de son entourage | | | | |
| La vulnérabilité et/ou précarité psycho-sociale | | | | |
| La multiplicité des intervenants | | | | |
| Le décalage des informations entre les acteurs de la prise en charge | | | | |
| La nécessité de mise en place de matériel, d'intervenants à domicile | | | | |
| L'absence de référent parmi les spécialistes | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

**2.2 Dans quel(s) parcours identifiez-vous le plus fréquemment ces situations complexes ?**

| | Jamais | Parfois | Souvent | Tout le temps |
|---|---|---|---|---|
| Addictologie | | | | |
| Diabétologie | | | | |
| Gériatrie | | | | |
| Oncologie | | | | |
| Soins palliatifs | | | | |
| Douleurs chroniques | | | | |
| Psychiatrie | | | | |
| Maladies cardiovasculaires | | | | |
| Chirurgie | | | | |
| Précarité sociale | | | | |
| Handicap | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

**3éme partie : définition de la coordination et appui de coordination utilisés**

D'après l'article L 4130-1 du Code De La Santé Publique, le médecin généraliste doit :
*« « 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

*« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*

*« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;*

*« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;*

**3.1 Dans votre pratique, comment définiriez-vous la coordination des soins :**

| | Pas d'accord du tout | Pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord |
|---|---|---|---|---|
| Evaluer l'ensemble des besoins des patients | | | | |
| Choisir les professionnels et les services les plus aptes à répondre aux besoins du patient | | | | |
| Remplir les formalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la prestation | | | | |
| Transmettre toutes les informations utiles pour obtenir une réponse adaptée des correspondants | | | | |
| Harmoniser et réguler les interventions de prestataires multiples auprès d'un même patient | | | | |
| Organiser la communication et la synthèse entre les divers intervenants | | | | |
| Mettre à jour le dossier médical du patient | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

**3.2 Pour vous aider à évaluer et coordonner les situations complexes auxquelles vous êtes confronté, vous faites appel à :**

| | Jamais | Parfois | Souvent | Tout le temps |
|---|---|---|---|---|
| Service hospitalier référent | | | | |
| Réseau de santé | | | | |
| Spécialiste de ville | | | | |
| HAD | | | | |
| SSIAD | | | | |
| IDE à domicile | | | | |
| Assistante sociale | | | | |
| Pharmacien | | | | |
| Biologiste | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

## 4éme partie : Les difficultés de coordination des situations complexes

**4.1 Préciser et graduer les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique lors de la prise en charge de ces situations complexes :**

| | Jamais | Parfois | Souvent | Tout le temps |
|---|---|---|---|---|
| Difficulté à évaluer l'ensemble des besoins | | | | |
| Difficulté à hiérarchiser les problèmes | | | | |
| Difficultés à déléguer | | | | |
| Manque de visibilité des ressources sanitaires et sociales de proximité | | | | |
| Difficultés à joindre les intervenants | | | | |
| Manque de temps | | | | |
| Manque d'outils de partage d'informations entre professionnels | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

**5éme Partie : Vos attentes en tant que professionnel concernant l'aide à l'évaluation et l'appui de coordination des situations complexes**

5.1 **Pour vous aider dans ces situations complexes qu'est-ce qui pourrait améliorer ou faciliter votre prise en charge ?**

| | Aucun intérêt | Intérêt mineur | Plutôt intéressant | Intérêt majeur |
|---|---|---|---|---|
| Une aide à l'évaluation globale au plus près du lieu de vie | | | | |
| Un annuaire téléphonique répertoriant les différentes ressources du territoire | | | | |
| Un numéro de téléphone unique (pour l'aide à l'évaluation et à l'orientation vers les structures ou services adéquats) | | | | |
| Un conseil téléphonique d' »astreinte » dans la journée par les différents professionnels concernés | | | | |
| Des outils pratiques de prise en charge (recommandations, conduite à tenir, arbres décisionnels, …) | | | | |
| Participation en tant que médecin traitant à une réunion de concertation avec les autres acteurs | | | | |
| L'élaboration d'un projet personnalisé de santé partagé (PPS) | | | | |
| Autres, précisez : | | | | |

Je vous remercie d'avoir consacré un peu de votre temps, que je sais précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Caroline TANQUEREL
Directeur de thèse : Dr Thierry GANDON

# II. Lettre d'accompagnement au questionnaire

GROUPEMENT
DE COOPERATION SANITAIRE
*« Accompagner et Soigner Ensemble dans le Bessin et le Prébocage »*
3 rue François Coulet - 14400 BAYEUX
Tél : 02 31 51 13 00 - Fax : 02 31 92 87 35
r.marie.direction@reseau-sante-bessin.fr

Basse-Normandie

Union Régionale
des Médecins Libéraux
de Basse-Normandie
7 rue du 11 Novembre - 14000 CAEN
Tél : 02 31 34 21 76 / Fax : 02 31 34 21 89
info@urml-bn.org

***A l'attention des médecins généralistes du Bessin-Prébocage***

A Bayeux, le mardi 9 septembre 2014

Objet : Questionnaire de thèse

Cher Confrère, Chère Consœur,

Vous allez prochainement être contacté(e) par Mlle Caroline TANQUEREL, dans le cadre de son travail de Thèse de médecine générale qui porte sur le sujet suivant :

***« La coordination des situations complexes, définition, besoins et attentes des médecins généralistes ».***

Elle vous invitera à répondre au questionnaire ci-joint, lors d'un rendez-vous physique ou téléphonique.

Cette enquête a pour objectif de mieux appréhender ce qu'est une situation dite complexe en médecine générale, d'identifier vos besoins et attentes pour améliorer la prise en charge des personnes concernées par ces situations.

Merci de l'accueil que vous réserverez à notre future consœur et pour le temps que vous lui consacrerez.

Veuillez agréer l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

**Dr Th. GANDON**
**Directeur du GCS**

**Dr A. LEVENEUR**
**Président de l'URML de Basse-Normandie**

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour la Présidente
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

## TITRE DE LA THESE :

La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré-bocage

## RESUME :

**Contexte** : Le vieillissement de la population et les progrès médicaux entraînent une augmentation des pathologies chroniques avec comorbidités, auxquelles s'ajoutent des problèmes sociaux ou de dépendance générant des situations dites « complexes ». Leur gestion est devenue une priorité des politiques nationale et régionale de santé. Le médecin traitant reconnu comme pivot du système de santé rencontre des difficultés à les coordonner malgré l'existence de nombreux outils et dispositifs.

**Objectif** : Connaître sur le territoire du Bessin et du Pré-bocage, la définition, les difficultés et les attentes des médecins généralistes concernant les situations complexes et leur coordination.

**Méthode** : Etude quantitative réalisée de septembre 2014 à janvier 2015 auprès des 89 médecins généralistes du Bessin et du Pré-bocage. Analyse descriptive de l'échantillon puis analyse statistique en fonction de l'âge, du mode et du type d'installation.

**Résultats** : Le taux de réponse de 56.1% a permis d'appréhender de façon qualitative ce qui participe à la complexité pour les généralistes et a validé qu'ils souhaitent rester les coordinateurs de ces situations. Leur principale difficulté est le manque de temps. Leurs attentes concernent des dispositifs simples et rapides à utiliser pour une meilleure coordination et communication entre les acteurs.

**Conclusion** : Les situations complexes sont une réalité en médecine générale. Les dispositifs pour aider les médecins généralistes ne manquent pas mais nécessitent d'être adaptés à leur organisation de travail pour être vraiment efficaces dans la coordination des situations complexes.

**MOTS CLES** : pathologies chroniques, parcours de soins coordonnés, médecin traitant