



HAL
open science

La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes ?

Ophélie Berthod-Kamta Nogue Ii

► To cite this version:

Ophélie Berthod-Kamta Nogue Ii. La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00648886

HAL Id: dumas-00648886

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00648886>

Submitted on 6 Dec 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

**« La coordination des soins dans un réseau de santé territorial :
quelle acceptabilité par les médecins généralistes ? »**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Ophélie BERTHOD – KAMTA NOGUE II

Né(e) le 23 août 1983

A Montbéliard

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 30 novembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA

Membres

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS

Monsieur le Professeur Philippe CINQUIN

Monsieur le Docteur Jean-Pierre ROULET

Monsieur le Docteur Vincent RIALLE

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

PUPH 01/09/2010

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIostatistiques et Informatique Médicale Santé Publique
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE

CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARI	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE

FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOG- GIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CEL- LULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE

MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDE-RIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.

RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE	ADRESSE
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	Génétique IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	GIN Equipe 9
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	Immunologie Bât. J. Roger
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien		Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine

GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6 ème étage	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle Rééducation et physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie

PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François		Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Génétique.BDR	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	Pôle 17 Santé Publique & Laboratoire AGIM
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

Remerciements

Merci au Dr. Jean-Pierre ROULET pour m'avoir dirigée et soutenue tout au long de ce travail, en respectant le rythme que je pouvais soutenir. Votre enthousiasme pour ce grand projet qu'est le réseau Maintien A Domicile Vercors a été communicatif et j'espère le transmettre à ceux qui liront cette thèse.

Merci à Monsieur le Pr. Christian BRAMBILLA d'avoir accepté de présider de mon jury de thèse. Je suis ravie d'avoir eu l'occasion de vous mettre en contact avec le coordinateur du réseau MAD Vercors, le Dr. Jean-Pierre ROULET, pendant mon stage d'internat en Hospitalisation A Domicile. Je garde de très bons souvenirs de ce stage que je recommande vivement aux futurs internes en médecine générale.

Merci à Monsieur le Pr. Patrice FRANCOIS d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse malgré son emploi du temps chargé.

Merci à Monsieur le Pr. Philippe CINQUIN d'avoir accepté sans hésiter de faire partie de mon jury de thèse.

Merci au Dr. Vincent RIALLE d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse et de m'avoir proposé son aide.

Merci au Pr. Patrick IMBERT pour sa précieuse aide méthodologique concernant l'analyse qualitative. Merci également au Pr. Jean-Luc BOSSON et au Dr. Sandra DAVID pour leurs conseils indispensables au démarrage de mon travail.

Merci à Elisée d'avoir participé à améliorer la qualité méthodologique de ma thèse en confrontant ton analyse des résultats à mon travail. Tes remarques m'ont été utiles même si je ne les ai pas toujours écoutées sur le moment...

Merci à l'équipe de coordination du réseau MAD Vercors qui m'a fourni les documents nécessaires à mon travail en un temps record, et pour son accueil chaleureux.

Merci aux médecins du Vercors qui ont gentiment accepté de se prêter à mes interviews sur leur temps libre.

Merci enfin à la faculté de Grenoble pour son soutien logistique !

GLOSSAIRE DES ABBREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-vitamine K

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CCMV : Communauté de Communes du Massif du Vercors

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

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

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

MAD Vercors : Maintien à Domicile Vercors

MG : Médecin Généraliste

ONPDS : Observatoire National des Professions de Santé

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

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

MOTS-CLES

« Réseau de santé » ; « Territoire » ; « Coordination des soins » ; « Médecine générale » ; « Maintien à domicile » ; « Acceptabilité ».

RESUME

Introduction

Le réseau Maintien A Domicile Vercors (MAD Vercors) correspond au concept innovant des réseaux pluri thématiques de territoire. Il offre une prise en charge globale adaptée au contexte du terrain.

L'adhésion au réseau MAD Vercors a été proposée à l'ensemble des médecins généralistes du territoire en 2010.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'acceptabilité de la participation des médecins généralistes au réseau MAD Vercors, en identifiant leurs freins, motivations et attentes.

Méthode

Une étude qualitative a été conduite chez les médecins généralistes du territoire. Le formulaire d'enquête comprend deux parties. La première définit la population étudiée à l'aide de huit questions à réponses courtes, la seconde comprend huit questions ouvertes qui constituent un canevas d'entretien semi-directif individuel.

Résultats

Les freins et les motivations des médecins généralistes à adhérer au réseau MAD Vercors ont été identifiés.

Les médecins ne ressentent pas le besoin de créer le réseau MAD Vercors. Les difficultés de communication au démarrage du réseau expliquent aussi leur manque d'engouement initial. Ils attendent plus de dialogue avec le réseau MAD Vercors.

Les médecins sont intéressés par l'optimisation de la coordination des soins. Le principe du dossier médical partagé, des réunions de concertation pluridisciplinaires et des formations organisées par le réseau leur convient.

Conclusion

L'acceptabilité du travail en réseau par les médecins du Vercors est globalement comparable aux données de la littérature. Notre étude des freins et des motivations est nécessaire pour déterminer les paramètres susceptibles de favoriser leur adhésion et agir en conséquence. L'acceptabilité de la coordination des soins dans le réseau MAD Vercors par les médecins généralistes demande du temps.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	14
II.	MATERIEL ET METHODES.....	15
	a) Choix de la méthode.....	15
	b) Matériel.....	15
	c) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
	d) Réalisation.....	16
	e) Analyse.....	16
III.	RESULTATS.....	17
	A. Etude de l'échantillon de médecins généralistes du Vercors.....	17
	B. Entretiens semi-directifs : tableaux thématiques et synthèse	19
	a) Premier tableau thématique.....	19
	b) Second tableau thématique.....	28
	c) Synthèse de l'entretien semi-directif.....	33
IV.	DISCUSSION.....	36
	A. Le travail en réseau nécessite l'adaptation des pratiques.....	36
	B. Limites de notre étude.....	36
	C. Analyse des résultats.....	37
	a) Description de la population étudiée.....	37
	b) Les freins.....	37
	c) Les motivations.....	39
	d) Impact sur l'acceptabilité.....	39
V.	CONCLUSION.....	41
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	42
VII.	ANNEXES.....	44
	Annexe 1 : Questionnaire aux médecins généralistes du réseau MAD.....	44
	Annexe 2 : Le territoire du Vercors.....	46
	Annexe 3 : Définition d'une situation complexe.....	47
	Annexe 4 : Charte d'adhésion des professionnels du réseau.....	48
	Annexe 5 : Verbatim.....	50

I. Introduction

Les premiers réseaux de soins remontent aux années 1980, et ont bien évolué depuis. La coordination des soins s'appuie aujourd'hui sur les réseaux de santé pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Le code de la santé publique définit en 2003 les objectifs des réseaux de santé : *"favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge 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 procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations [1] »*. Les professionnels libéraux, hospitaliers, et travailleurs sociaux coordonnent leurs interventions afin d'assurer au patient une prise en charge globale, adaptée et continue.

La loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 a repensé l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Les Agences Régionales de Santé, les plans régionaux de santé et le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Offre de Soins mettent l'accent sur l'articulation ville-hôpital et la coordination des soins. L'offre de soins part du patient à son domicile. La loi donne des outils qui assurent une prise en charge coordonnée entre les champs de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social [2].

La WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) définit en 2002 les rôles du médecin traitant. Il doit utiliser de façon efficace les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités [3]. Les réseaux de santé permettent au médecin généraliste d'assurer ce rôle de coordination.

Les réseaux de santé sont classiquement cloisonnés par pathologie ou par population. Actuellement, une approche transversale des réseaux de santé, multi pathologique et multi populationnelle, s'organise sur un territoire. Ce sont les réseaux territoriaux de proximité dont fait partie le réseau Maintien A Domicile Vercors (MAD Vercors).

Le réseau MAD Vercors est adapté à la médecine générale par sa prise en charge globale des patients. Correspond-il aux attentes des médecins généralistes du territoire ? Les avantages pour leur pratique sont-ils identifiés, compensent-ils les inconvénients inhérents à leur adhésion?

L'objectif de cette étude est de comprendre les freins et motivations des médecins généralistes du Vercors à participer au réseau MAD Vercors. Les résultats obtenus donnent les pistes pour améliorer leur acceptabilité du réseau.

II. Matériel et Méthodes

a) Choix de la méthode

Notre étude cherche à comprendre les facteurs influant sur l'acceptabilité du réseau MAD Vercors pour les médecins généralistes du même territoire. L'exploration des idées, opinions, représentations et sentiments nécessite une méthode de recherche qualitative. L'étude des sujets dans leur environnement est permise avec une démarche interprétative.

b) Matériel

i. Le plateau du Vercors Nord (Annexe 2)

La communauté de communes du Massif du Vercors (CCMV) est un canton situé dans le département de l'Isère à 40 kilomètres de l'agglomération grenobloise. Elle regroupe 7 communes : Autrans, Corrençon-en-Vercors, Engins, Lans-en-Vercors, Méaudre, Saint-Nizier-du-Moucherotte et Villard-de-Lans.

Le territoire a une population de 12.500 habitants et 30.000 lits touristiques. Il s'étend sur 255 km². Les quatre villages principaux (Autrans, Méaudre, Lans-en-Vercors et Villard-de-Lans) sont des stations de ski à forte activité touristique saisonnière.

Le territoire est un secteur de permanence des soins. Il est un des treize secteurs de l'autonomie du département de l'Isère.

Une association pluridisciplinaire des Professionnels Libéraux de Santé du Nord Vercors existe depuis 1985. Elle gère la permanence des soins pour les médecins, les kinésithérapeutes et les pharmaciens. Cette association porte la structure de coordination de proximité MAD Vercors, financé par l'Agence Régionale de Santé.

ii. Matériel d'enquête

Le matériel utilisé est un questionnaire individuel destiné aux médecins généralistes du plateau du Vercors (Annexe 1). Les données verbales sont ainsi recueillies lors d'entretiens individuels entre l'enquêteur, moi-même, et le médecin interviewé.

c) Critères d'inclusion et exclusion

Tous les médecins généralistes du plateau du Vercors ont été contactés en vue de leur inclusion. L'adhésion au réseau MAD Vercors n'était pas un critère d'inclusion à notre étude, afin de recueillir toutes les opinions.

Le premier critère d'exclusion était le médecin coordinateur du réseau MAD Vercors, qui est aussi mon directeur de thèse, pour éviter tout biais par conflit d'intérêt. Les autres exclus étaient les professionnels n'exerçant pas la médecine générale.

Neuf médecins sur dix inclus ont accepté de me recevoir. Un médecin n'était pas disponible et n'a pas souhaité me recevoir.

d) Réalisation

L'enquête a débuté en septembre 2010 après six mois de fonctionnement du réseau MAD Vercors. Elle s'est terminée en septembre 2011.

Le questionnaire utilisé lors des entretiens est constitué de deux parties (Annexe 1) :

- La première partie contient huit questions simples à réponses courtes. Elle a pour objet de définir la population étudiée au plan épidémiologique et de cerner les pratiques antérieures au réseau MAD. Les résultats apportent une description de la population des médecins généralistes du territoire.
- La seconde partie comprend huit questions ouvertes constituant un canevas d'entretien semi-directif pour analyse qualitative. Les questions ont été posées dans leur formulation précise. En cas de mauvaise compréhension ou de réponse laconique, la question a été reformulée. Le but est de laisser parler l'interviewé pendant une durée suffisante pour lui laisser la possibilité d'exprimer ses convictions « intimes ».

Les entretiens se sont déroulés sur une plage horaire de 30 à 45 minutes. Une description succincte de mon étude et de sa méthode a été transmise aux secrétariats des cabinets médicaux. Les médecins acceptant de participer à notre étude m'ont fixé un rendez-vous sur leur temps libre.

Les entretiens individuels ont été intégralement enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits sur un fichier informatique et anonymés (Verbatim, Annexe 5). Pour obtenir une transcription la plus fidèle possible des entretiens, les silences ainsi que toute intervention verbale de ma part sont signalés entre crochets. Certaines phrases non terminées dont le sens est évident dans le contexte sont explicitées entre crochets.

e) Analyse

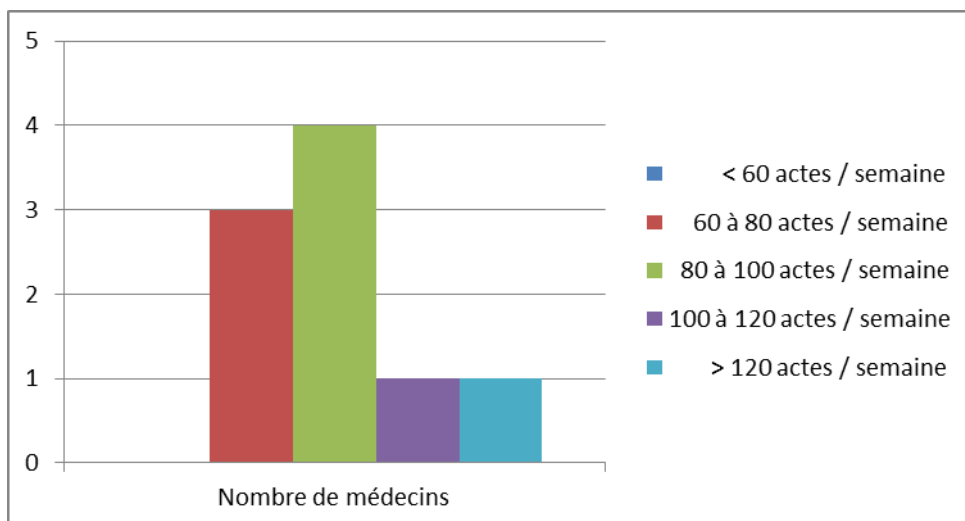
Une analyse thématique du contenu de type comptable a permis d'extraire les mots-clés. Les citations pertinentes correspondant aux freins et motivations des médecins généralistes interviewés ont été relevées. Les thèmes récurrents sont classés dans un tableau synthétique. Une deuxième lecture des entretiens par un médecin extérieur au réseau MAD Vercors m'a permis de compléter la liste de thèmes, en confrontant nos interprétations.

La formulation des questions a été modifiée après les premières interviews, pour en améliorer la compréhensibilité et la neutralité. Du fait du petit nombre de l'échantillon, ces premiers résultats ont toutefois été conservés pour l'analyse.

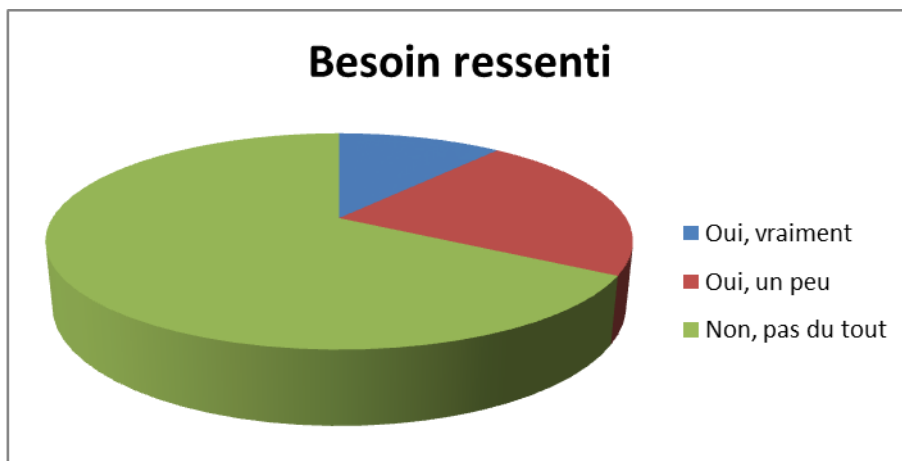
III. Résultats

A. Etude de l'échantillon de médecins généralistes du Vercors

- a) Composition : 5 hommes et 4 femmes, exerçant tous en cabinet de groupe.
- b) La médiane de durée d'exercice est de 15 ans (résultats individuels donnés par ordre croissant pour favoriser l'anonymat : 4 ans, 8 ans, 10 ans, 11 ans, 12 ans, 15 ans, 22 ans, 23 ans, 30 ans)
- c) L'activité moyenne des médecins du plateau est de 90 actes par semaine, dispersés dans une fourchette allant de 60 à 120 actes hebdomadaires (histogramme ci-dessous).



- d) La plupart des médecins (7 / 9) participent à d'autres réseaux de santé : Onco38, Palliative, Médecin Correspondant Samu de Médecin de Montagne...
- e) Tous les médecins utilisent le téléphone et le courriel régulièrement pour communiquer. Lorsqu'il existe un support papier à domicile, ils l'utilisent pour noter une observation destinée aux autres professionnels et à la famille. La moitié des interrogés reçoivent les photographies de pathologies cutanées réalisées par les infirmiers sur leur Smartphone.
- f) La majorité des médecins ne ressent pas le besoin de mettre en place un réseau de ce type pour optimiser la prise en charge des patients. Un seul a répondu qu'il en ressentait vraiment le besoin (MG5), deux se placent dans une affirmative moins prononcée (MG3, 8), les autres ont répondu « non » à la question (diagramme ci-dessous).



g) Tous les médecins ont un réseau informel constitué de spécialistes, d'IDE, de kinésithérapeutes et pharmaciens.

Les professionnels dispensant des soins non remboursés par la sécurité sociale tels les pédicures (78%), psychologues (67%) et surtout diététiciens (56%) font moins souvent partie des contacts. Un seul connaissait un ergothérapeute à qui adresser ses patients.

Les assistantes sociales ne font pas non plus toujours partie du carnet d'adresses (67%, tableau ci-dessous).

Profession	Pourcentage de médecins ayant au moins un correspondant antérieurement au réseau
Spécialiste	100% soit 9 médecins sur 9 interrogés
Infirmier	100% soit 9 médecins sur 9 interrogés
Kinésithérapeute	100% soit 9 médecins sur 9 interrogés
Pharmacien	100% soit 9 médecins sur 9 interrogés
Psychologue	67% soit 6 médecins sur 9 interrogés (MG2, 4, 5, 7, 8, 9)
Diététicien	56% soit 5 médecins sur 9 interrogés (MG3, 5, 6, 8, 9)
Ergothérapeute	11% soit 1 médecin sur 9 interrogés (MG9)
Pédicure	78% soit 7 médecins sur 9 interrogés (MG2, 3, 4, 5, 6, 7, 9)
Assistante sociale	67% soit 6 médecins sur 9 interrogés (MG 3, 4, 5, 6, 8, 9)

h) Tous les médecins interrogés ont dans leur patientèle des patients atteints par les pathologies-cibles du réseau : broncho-pneumopathie chronique obstructive, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, patients sous anti-vitamine K et soins palliatifs.

B. Entretien semi-directif

Les résultats sont présentés en deux tableaux thématiques. Le premier regroupe les treize thèmes extraits de l'analyse des quatre questions suivantes :

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD Vercors ?
2. Quels avantages voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?
3. Quels inconvénients voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?
8. Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?

Le second tableau présente les réponses aux quatre questions suivantes :

4. Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous gérez seul des patients en perte d'autonomie ?
5. Avez-vous déjà rencontré des situations ayant conduit à une hospitalisation évitable ?
6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?
7. Que pensez-vous des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et des protocoles de soins qui en découlent ?

Une synthèse des résultats contenus dans les deux tableaux est rédigée dans une troisième partie.

a) Premier tableau thématique

Ces thèmes représentent les freins et les motivations à adhérer au réseau MAD Vercors chez les médecins généralistes étudiés. Ces facteurs déterminent leur acceptabilité :

- Thème 1 : l'intérêt du réseau
- Thème 2 : les relations interpersonnelles
- Thème 3 : l'aspect financier
- Thème 4 : l'intégration à l'emploi du temps
- Thème 5 : l'opposition ;
- Thème 6 : l'attentisme ;
- Thème 7 : le service rendu au patient ;
- Thème 8 : les tâches administratives ;
- Thème 9 : la dépersonnalisation ;
- Thème 10 : la fuite de la clientèle ;
- Thème 11 : les attentes ;
- Thème 12 : la mauvaise compréhension du réseau.
- Thème 13 : la coordination des soins.

Les citations pertinentes extraites des entretiens (Verbatim, Annexe 5) sont regroupées par thème et présentées dans le tableau suivant. Le nombre d'occurrence de chaque thème issu des entretiens est compté. Certains thèmes comportent des citations à connotation positive et négative qui correspondent à des avis divergents, et sont séparées en deux colonnes dans le tableau ci-contre.

Thèmes	Citations	
<p>Thème 1 :</p> <p><u>Intérêt du réseau</u></p>	<p>Connotation : - Négative 15 occurrences</p>	<p>- Positive 11 occurrences</p>
	<p>« réseau officieux sur le plateau du Vercors qui fonctionne très très bien donc je n'étais pas trop d'accord avec l'idée de créer autre chose » [MG1];</p> <p>« à quoi ça servait » [MG1];</p> <p>« je pense qu'on n'en avait pas besoin » [MG1];</p> <p>« <i>moi</i>, je n'en avais jamais éprouvé le besoin » [MG1];</p> <p>« la nécessité n'est pas... disons, évidente. Pas de besoin ressenti » [MG2];</p> <p>« nous travaillons avec des infirmiers qui nous permettent de transformer la chambre du malade en une chambre d'hôpital » [MG2];</p> <p>« on n'a pas de problème de communication [...] ça n'apporte pas grand-chose » [MG3];</p> <p>« Ça nous apporte le psychologue, ça nous apporte l'ergothérapeute, ça nous apporte la diététicienne. Choses dont on a un besoin assez limité » [MG3];</p> <p>« Ici on a des infirmiers qui sont capables de gérer un Port-à-Cath, de rincer une chambre implantable, de faire une chimio à domicile, enfin tous types de soins... leur limites sont un peu les mêmes qu'en HAD » [MG4];</p> <p>« je ne vois pas pourquoi c'est ici qu'on met un réseau ! » [MG6];</p> <p>« je me demande si on n'a pas choisi un endroit où ça marchait bien pour ne pas avoir à faire trop d'efforts sur le terrain » [MG6];</p> <p>« je n'ai pas bien compris la nécessité parce que ça ne répondait pas du tout à mes attentes dans la mesure où ça fonctionnait bien auparavant » [MG6];</p> <p>« je ne sais pas pourquoi, on ne voit pas beaucoup d'utilité » [MG7];</p> <p>« il y a des patients qui sont inclus et qui ne le nécessitent pas ! » [MG8];</p> <p>« un peu curieuse... quoique je n'en ressentais pas le besoin » [MG9]</p>	<p>« un fichier partagé qui était lui par contre intéressant » [MG2]</p> <p>« un outil que tout le monde s'astreigne à remplir » [MG4];</p> <p>« donc il y a une utilité » [MG5];</p> <p>« besoin pour améliorer la coordination » [MG5];</p> <p>;</p> <p>« l'intérêt c'est de mieux cerner les besoins des gens [...] et les difficultés » [MG5];</p> <p>« l'intérêt ça peut être de développer d'autres choses que la coordination, notamment les relations avec le social » [MG6];</p> <p>« un système d'aide aux soignants pour ce qui est de la prise en charge des soins palliatifs » [MG6];</p> <p>« je pense que c'est une bonne idée » [MG7]</p> <p>« il y a un bilan de départ qui est bien » [MG7];</p> <p>« ça m'a fourni des outils d'évaluation » [MG7];</p> <p>« j'ai surtout ressenti de l'intérêt par rapport à la prise en charge par un psychologue possible » [MG8];</p>

Thèmes	Citations	
<p>Thème 2 :</p> <p><u>Relations interpersonnelles</u></p>	<p>Conflictuelles : 16 occurrences</p> <p>« je pense qu'on a été tenu un peu... [hésitation] à l'écart » [MG1] ; « les réunions de supervision... le côté professoral... [censure] » [MG1] ; « le projet a continué sans concertations » [MG1] ; « dicter des attitudes de soin théoriques » [MG2] ; « j'ai deux patients inclus dans ce réseau sans que j'en sois informé ! Donc c'est un peu gênant d'apprendre par hasard que vos patients font partie du réseau » [MG3] ; « un problème [...] de forme » [MG3] ; « [à propos du coordinateur du réseau] c'est un peu délicat, parce que c'est un médecin du plateau, qui est un collègue [...] il est dans une position qui n'est pas facile parce qu'il ne peut pas se substituer à nous [...] alors que si c'était quelqu'un d'<i>extérieur</i> [...] ce serait peut-être différent », [MG4] ; « parfois j'ai eu des demandes [d'inclusion], je ne sais pas bien d'où elles venaient » [MG6] ; « j'ai eu l'impression qu'on a eu des demandes pour gonfler le réseau au départ » [MG6] ; « des patients inclus sans forcément mon avis » [MG7] ; « on ne me demande pas mon avis ! » [MG8] ; « la façon dont ça s'est passé ne m'a pas plu » [MG9] ; « Si ça se passait de façon confraternelle et dans le respect de la vie de chacun, ce serait intéressant ! Mais en pratique ça ne se passe pas comme ça » [MG9] ; « Ce n'était surtout <i>pas la bonne façon de s'y prendre.</i> » [MG9] ; « l'inconvénient c'est qu'il se passe des choses dans mon dos ! » [MG9] ; « faire des bilans à mes patients, sans prévenir, sans demander mon avis, et ça ne me plaît pas ! je ne prends pas ça très bien ! » [MG9] ;</p>	<p>Harmonieuses : 3 occurrences</p> <p>« j'ai l'accord du Dr L. pour une hospitalisation au cas où [...] j'aurai une place si elle existe » [MG1] ; « on n'a pas de difficultés à échanger habituellement » [MG5] ; « ça fonctionnait bien avant [...] la relation avec les différents intervenants » [MG6] ;</p>

Thèmes	Citations	
<p>Thème 3 :</p> <p><u>Aspect financier</u></p>	<p>Connotation : - Négative</p> <p><u>Coût pour la société : 11 occurrences</u></p> <p>« c'est un appel de fonds pas possible » [MG3] ; « c'est un certain gaspillage, quoi. En termes de finances » [MG3] ; « et puis pour le problème de rapport coût/intérêt, je pense que ce n'est pas très rentable » [MG3] ; « ça génère un gros budget » [MG5] ; « qu'on pourrait faire des choses autres avec le même argent » [MG5] ; « on ferait mieux de donner cet argent où il y en a plus besoin » [MG5] ; « le coût est important [...] on a des outils beaucoup plus simples et moins onéreux » [MG6] ; « le rapport coût-efficacité [...] autant privilégier les choses vraiment prioritaires et indispensables » [MG6] ;</p>	<p>- Positive :</p> <p><u>1 occurrence</u></p> <p>« gagner de temps en temps de l'argent, quand on n'hospitalise pas inutilement » [MG5] ;</p>
	<p><u>Rémunération des médecins adhérents : 2 occurrences</u></p> <p>« je ne vois pas pourquoi je prendrais de l'argent » [MG7] ; « gênée de recevoir de l'argent pour ça » [MG7] ;</p>	

Thèmes	Citations	
<p>Thème 4 :</p> <p><u>Intégration à l'emploi du temps</u></p>	<p><u>Négatif : réseau « chronophage », 6 occurrences</u></p> <p>« Le seul inconvénient c'est celui de la mise en application au départ, avec les apprentissages, aussi bien de la bonne gestion des outils [...] avant d'être parfaitement opérationnel » [MG5] ;</p> <p>« les gens ont l'impression qu'on est en train de faire quelque chose qui va leur prendre du temps » [MG5] ;</p> <p>« la peur que ça me prenne beaucoup de temps » [MG7] ;</p> <p>« le temps que ça prend en réunion, c'est lourd » [MG8] ;</p> <p>« ça fait perdre du temps » [MG8] ;</p> <p>« le temps, c'est l'inconvénient principal » [MG8] ;</p>	<p><u>Positif : gain de temps, 4 occurrences</u></p> <p>« qu'il nous soulage dans plein de choses... qu'il nous fasse gagner du temps » [MG5] ;</p> <p>« on ne perdra peut-être pas de temps » [MG5] ;</p> <p>« planifier un petit peu de façon à ce que les choses se fassent <i>plus rapidement</i> » [MG5] ;</p> <p>« ça m'évite à moi d'aller chercher » [MG7] ;</p>
<p>Thème 5 :</p> <p><u>Opposition : 6 occurrences</u></p>	<p>« je me suis opposé très rapidement au MAD » [MG1] ;</p> <p>« est-ce que je suis vraiment opposé ? pour cette raison-là, oui » [MG3] ;</p> <p>« tout ça a été mis en place au fil des réunions avec ceux qui voulaient y participer, et on a attendu, effectivement, que les choses prennent forme pour faire... opposition ! » [MG5] ;</p> <p>« des patients inclus sans forcément mon avis » [MG7] ;</p> <p>« ressenti comme quelque chose d'imposé » [MG8] ;</p> <p>« on ne me demande pas mon avis ! » [MG8] ;</p>	
<p>Thème 6 :</p> <p><u>Attentisme : 6 occurrences</u></p>	<p>« on attend de voir... » [MG2] ;</p> <p>« des résistances [de la part des médecins], car ce n'est pas facile de changer ses habitudes » [MG5] ;</p> <p>« des inquiétudes... Il y a des gens qui évoluent difficilement ! » [MG5] ;</p> <p>« encore faut-il qu'il y ait un intérêt, on va voir » [MG6] ;</p> <p>« difficultés de démarrage, questions qu'on se pose sur la pérennité » [MG6] ;</p> <p>« je suis dans une phase d'évaluation [...] pour estimer sa nécessité, son fonctionnement, son coût, et voir si ça vaut le coup de continuer [...] je suis dans une phase d'expectative » [MG6] ;</p>	

Thèmes	Citations
<p>Thème 7 :</p> <p><u>Service rendu au patient</u></p>	<p><u>Projet de soins : 7 occurrences</u></p> <p>« meilleure synthèse du dossier des patients » [MG4] ; « que le projet de soins soit plus étoffé, avec la participation de la famille » [MG4] ; « un vrai projet [...] qui soit connu de tous et suivi par tous » [MG4]; « mieux cadrer et mieux structurer nos actions » [MG5] ; « mieux cerner les besoins [...] et les difficultés des gens » ; « une évaluation de la situation » [MG5] ; « pour les prestations qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, je pense que le réseau a son importance » [MG8] ;</p>
	<p><u>Coordination : 4 occurrences</u></p> <p>« une meilleure cohérence » [MG4] ; « la transmission des données, [...] l'horizontalité, [...] essayer de coordonner pour rendre un service <i>meilleur</i> » [MG5] ; « tout ce qui est retour à domicile du patient, retour d'hospitalisation, [...] si l'hôpital a un interlocuteur-relais unique, ça peut être plus facile à gérer pour tout le monde » [MG6] ; « la coordination des soins est toujours améliorable » [MG6] ;</p>
	<p><u>Amélioration des pratiques : 5 occurrences</u></p> <p>« s'améliorer » [MG5] ; « être un peu plus précis de façon à ce que l'information soit passée pour tout le monde » [MG5] ; « améliorer nos pratiques » [MG5] ; « oblige aussi à adopter des évaluations [...] plus précises » [MG5] ; « on va pouvoir prendre une décision plus adéquate » [MG5] ;</p>
	<p><u>Eviter les hospitalisations inutiles : 2 occurrences</u></p> <p>« essayer de mettre le moins possible les gens à l'hôpital » [MG5] ; « [en cas d'hospitalisation] on évitera peut-être des erreurs [...] un patient, il a un dossier qui puisse être accessible [...] en tout cas <i>les urgences</i>, l'hôpital, devraient pouvoir accéder » [MG5] ;</p>

Thèmes	Citations
<p>Thème 8 :</p> <p><u>Tâches administratives</u> <u>3 occurrences</u></p>	<p>« compliquer administrativement la gestion du maintien à domicile... [pause]. Il faut remplir des cahiers... » [MG1] ; « sur le plan administratif [...] ça m'horripile » [MG1] ; « il ne faut pas que ça rajoute de la paperasse, [...] des contraintes administratives supplémentaires » [MG4] ;</p>
<p>Thème 9 :</p> <p><u>Dépersonnalisation</u> <u>5 occurrences</u></p>	<p>« le côté systématique, on n'est plus dans l'humain » [MG9] ; « Les gens se sentent dépossédés de leurs ordonnances » [MG9] ; « les gens ne comprennent pas » [MG9] ; « le systématique ça doit être fait au service de l'homme, de l'humain. Et là il au service de la structure, et pas au service de l'homme » [MG9] ; « elle remplit des protocoles, elle fait des croix... ce n'est pas l'humain ça » [MG9] ;</p>
<p>Thème 10 :</p> <p><u>Fuite de la patientèle :</u> <u>3 occurrences</u></p>	<p>« Ce qu'on ressent depuis que ça existe c'est que... ça va paraître purement mercantile mais... c'est un détournement des patients au sortir de l'hôpital » [MG1] ; « captés dans un réseau, ce qui est [...] difficilement acceptable » [MG1] ; « Il y a un passif de propriété sur les dossiers, c'est dommage » [MG2] ;</p>
<p>Thème 11 :</p> <p><u>Attentes :</u> <u>26 occurrences</u></p>	<p>« est-ce que les RCP vont être bien adaptées au patient, dans son contexte ? » [MG2] ; « l'idéal serait un dossier médical partagé. Avec les médecins généralistes, ce serait déjà pas mal... » [MG2] ; « j'attends qu'il simplifie les choses [...] peut-être aussi le retour des informations vers le médecin... la <i>contractualisation</i> des informations » [MG4] ; « une meilleure synthèse du dossier du patient » [MG4] ; « j'aimerais que le projet de soins soit plus étoffé, avec la participation de la famille » [MG4] ; « un vrai projet [...] qui soit connu de tous et suivi par tous : qu'il y ait une meilleure cohérence » [MG4] ; « essayer de mettre le moins possible les gens à l'hôpital » [MG5] ; « Donc le service de coordination... nous rendra bien service, j'espère » [MG5] ; « normalement les réseaux vont pouvoir être interconnectés » [MG5] ; « les urgences, l'hôpital, devraient pouvoir accéder [au DMP] » [MG5] ; « faciliter le retour à domicile des patients hospitalisés » [MG6] ; « faciliter la coordination » [MG6] ;</p>

Thèmes	Citations
<p>Thème 11 (suite)</p> <p><u>Attentes :</u> <u>26 occurrences</u></p>	<p>« il y a peut-être des axes à développer [...] qui ne sont peut-être pas les axes qu'on avait évoqués initialement » [MG6] ;</p> <p>« on peut l'[la coordination] améliorer avec quelque chose de moins lourd » [MG6] ;</p> <p>« développer le versant social, la coordination avec le secteur social » [MG6] ;</p> <p>« je ne sais pas si le réseau va apporter des moyens qui répondent à la situation [contexte : hospitalisations évitables] » [MG6] ;</p> <p>« essayer d'améliorer la coordination » [MG6] ;</p> <p>« l'intérêt ça peut être de développer d'autres choses qui la coordination, notamment les relations avec le social » [MG6] ;</p> <p>« avoir un autre médecin, le coordonnateur, pour discuter » [MG7] ;</p> <p>« un peu plus d'échanges » [MG7] ;</p> <p>« j'aurais bien discuté avec lui [le coordonnateur] après l'évaluation, par exemple, [...] pour m'aider dans mon travail » [MG7] ;</p> <p>« je souhaiterais qu'il y ait une autre évaluation, un peu plus régulière » [MG7] ;</p> <p>« que ça nous enlève de la lourdeur » [MG8] ;</p> <p>« la présentation du patient à un psychologue, un ergothérapeute... » [MG8] ;</p> <p>« que les comptes rendus de RCP soient faits par le réseau » [MG8] ;</p> <p>[A propos des RCP] : « après il faut que ça serve à quelque chose, que ça ait du sens, que ça corresponde à une évolution de la prise en charge, de la personne » [MG9] ;</p> <p>« J'attendrais qu'il prenne en compte réellement ce que nous avons à dire et qu'il fasse évoluer leurs méthodes en fonction de ce que les professionnels ont à dire » [MG9] ;</p>
<p>Thème 12 :</p> <p><u>Mauvaise compréhension du réseau : 3 occurrences</u></p>	<p>« c'est difficile que le coordinateur ait un rôle de coordination et que nous-même on ait aussi un rôle de coordination [...] comment on communique l'un avec l'autre ? » [MG4] ;</p> <p>A propos des RCP : « je ne sais pas qui participe aux décisions exactement » [MG3] ;</p> <p>A propos du compte-rendu de RCP : « je pense qu'il est visé par le médecin, mais... je ne sais pas bien » [MG4]</p>

Thèmes	Citations	
Thème 13 : <u>Coordination des soins</u>	Connotation : Négative	Positive
	<u>Avant le réseau MAD Vercors</u>	
	<u>5 occurrences</u>	<u>4 occurrences</u>
	<p>« ça arrive encore qu'il y ait des informations qui soit inconnues des paramédicaux » [MG4] ;</p> <p>« [difficultés dans] la communication avec tous les paramédicaux en même temps » [MG4] ;</p> <p>« il y a des fois où les informations ne passent pas » [MG4] ;</p> <p>« la première difficulté c'est... l'interconnexion » [MG5] ;</p> <p>« ça se fait en ordre un peu décousu, ce n'est pas trop centralisé, il y a les pertes de temps » [MG5] ;</p>	<p>« Très [satisfait de la coordination des soins sur le plateau avant le réseau MAD] » [MG1] ;</p> <p>« quand on a besoin de spécialiste on arrive à avoir un avis d'une façon générale assez facilement. On a une chance inouïe » [MG3] ;</p> <p>« ça marche très bien, et c'est grâce aux infirmiers, essentiellement » [MG3] ;</p> <p>« ça fonctionnait bien auparavant [...] la relation entre les différents intervenants » [MG6] ;</p>
	<u>Après le réseau MAD Vercors</u>	
	<u>4 occurrences</u>	<u>3 occurrences</u>
<p>« pour mes patients inclus, je ne sens pas du tout la présence du réseau » [MG8] ;</p> <p>« c'est une structure qui est lourde, il y a des moyens beaucoup plus simples » [MG6] ;</p> <p>« Je fais autant appel par moi-même aux paramédicaux que le réseau, ni plus ni moins...si, plutôt moins depuis qu'il y a le réseau ! » [MG9] ;</p> <p>« C'est très très négatif globalement » [MG9].</p>	<p>« une meilleure cohérence » [MG4] ;</p> <p>« la transmission des données, [...] l'horizontalité, [...] essayer de coordonner pour rendre un service meilleur » [MG5] ;</p> <p>« tout ce qui est retour à domicile du patient, retour d'hospitalisation, [...] si l'hôpital a un interlocuteur-relais unique, ça peut être plus facile à gérer pour tout le monde » [MG6].</p>	

b) Second tableau thématique

Les citations pertinentes issues des réponses aux questions 4,5,6 et 7 sont présentées dans le tableau ci-dessous et correspondent chacune à un seul thème. Pour chaque question, les réponses similaires sont regroupées dans une même case.

Thèmes	Citations
<p>Question 4</p> <p><u>Difficultés dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie</u></p>	<p><u>Contexte socio-familial : 9 occurrences</u></p> <p>« lié à l'environnement familial. Familial et social, ce sont toujours les mêmes problèmes » [MG1] ; « on gère en général jusqu'à la fin de la vie à domicile, selon les possibilités, plus de la structure familiale » [MG2] ; « sont les patients qui sont très isolés » [MG3] ; « le manque d'aides... disons le manque d'aidants » [MG3] ; « le côté social qui pose souci [...] pour gérer tout ce qui est administratif » [MG6] ; « difficultés avec tout le versant social » [MG6] ; « très isolé » [MG7] ; « épuisement de la famille » [MG7] ; « c'est plutôt avec l'entourage familial que ce n'est pas toujours facile [...] surtout s'il est éloigné » [MG8] ;</p>
	<p><u>Liées au patient : 3 occurrences</u></p> <p>« mis en échec » [MG 1] ; « une opposition [...] assez fréquemment. Opposition aux soins... » [MG3] ; « c'est un peu compliqué. Il faut du temps, de l'énergie » [MG3] ;</p>
	<p><u>Liées aux soins : 4 occurrences</u></p> <p>« Ça demande des passages pluriquotidiens, avec des soins qui sont longs, ça demande un investissement, je dirais matériel, psychologique, humain » [MG2] ; « On ne peut pas passer notre temps chez le malade » [MG3] ; « épuisement des soignants » [MG7] ; « un problème d'appareillage » [MG8] ;</p>

Thèmes	Citations
<p>Question 4 (suite)</p> <p><u>Difficultés dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie</u></p>	<p><u>Coordination / communication : 7 occurrences</u></p> <p>« avec l'hôpital aussi, des difficultés de communication » [MG1] ; « On a des problèmes de coordination médicale avec l'hôpital » [MG1] ; « très dépendant de l'investissement des infirmiers » [MG2] ; « on ne sait pas, quand on n'est pas le médecin traitant, quel est le choix de la famille, si tel symptôme est normal ou pas » [MG3] ; « [à propos des difficultés rencontrées :] la communication avec tous les paramédicaux en même temps » [MG4] ; « difficulté à trouver des structures » [MG6] ; « le MAD pourrait nous aider à prendre en charge [...] et je regrette beaucoup [de en pas avoir insisté pour l'inclure] » [MG7] ;</p>
<p>Question 5</p> <p><u>Hospitalisations évitables</u></p>	<p><u>Contexte familial et social : 10 occurrences</u></p> <p>« la panique de l'entourage familial » [MG1] ; « tout ce qui découle du manque d'aidants » [MG3] ; « on ne sait pas, quand on n'est pas le médecin traitant, quel est le choix de la famille, si tel symptôme est normal ou pas. On pourrait être amené à hospitaliser plus souvent que nécessaire, c'est sûr » [MG3] ; « quand les aidants ne sont pas suffisamment présents » [MG4] ; « même s'il y a toute la mise en place du réseau : les infirmiers, les kinés et compagnie... s'il n'y a pas d'aidants, suffisamment, à la maison, avec des épaules suffisamment larges pour endosser les difficultés, ça ne marchera pas jusqu'au bout » [MG4] ; « quand on est sur des choses difficiles et que la famille n'en peut plus » [MG5] ; « parce qu'on n'est pas à la hauteur d'assurer tout sur place » [MG5] ; « on peut être embêté s'il y a des éléments qu'on n'a pas, la famille ce n'est pas toujours fiable » [MG8] ; « quand les gens ne peuvent pas rester seuls la nuit [...] Le maintien à domicile a des limites, qui sont des limites sociétales » [MG9] ; « on n'a pas les moyens de leur proposer quelque chose qui convienne » [MG9] ;</p> <p><u>Contraintes techniques : 1 occurrence</u></p> <p>« problème technique médical » [MG1];</p>

Thèmes	Citations	
<p>Question 5 (suite)</p> <p><u>Hospitalisations évitables</u></p>	<p><u>Défaut de coordination : 3 occurrences</u></p> <p>« elles viennent le plus souvent d'un défaut de coordination entre médecins [...] un défaut de partage de dossiers » [MG2] ; « un patient qu'on ne connaît pas, qu'on va voir en garde » [MG2] ; « la première difficulté c'est... l'interconnexion » [MG5] ;</p> <p><u>Contraintes humaines : 2 occurrences</u></p> <p>« la demande du patient, en situation de fin de vie » [MG1] ; « limites des hommes [...] des gens qui ne se supportent pas [...] les infirmières qui ne supportent pas le côté perte d'autonomie physique, la fin de vie » [MG9] ;</p>	
<p>Question 6</p> <p><u>Dossier médical partagé</u></p>	<p>Connotation : Négative 20 occurrences</p>	<p>Positive : 19 occurrences</p>
	<p><u>Inutile : 5 occurrences</u></p> <p>« c'est ce qu'on fait déjà en pratique » [MG1] ; « habitude qu'on a depuis très longtemps » [MG1] ; « quand c'est son patient je trouve que ça n'apporte pas grand-chose » « c'est très intéressant pour nous, mais on les [données] avait déjà ! » [MG3] ; « on avait déjà les cahiers de transmissions [...] ça ne change pas grand-chose » [MG6] ;</p>	<p>« [Quand] C'est marqué, c'est au domicile du patient, c'est visible, relu, etc. Je pense que c'est vraiment important » [MG1] ; « un fichier partagé qui était lui par contre intéressant » [MG2] ; « c'est intéressant, parce que quand tout est rempli ça permet d'avoir un meilleur suivi du patient, de prendre en compte les problèmes et surtout de ne pas redemander sans arrêt » [MG2] ; « Il est bien ce classeur sinon, il est complet, il est gros, il est plein d'informations » [MG4] ; « c'est utile si c'est bien rempli et si c'est facile d'accès, qu'il n'est pas trop compliqué [...] et qu'il contient des informations » [MG4] ;</p>
	<p><u>Mal utilisé : 6 occurrences</u></p> <p>« on ne s'en sert pas beaucoup, je n'ai pas l'impression qu'il soit très utilisé » [MG2] ;</p>	

Thèmes	Citations	
<p data-bbox="229 450 405 528">Question 6 (suite)</p> <p data-bbox="188 622 443 701"><u>Dossier médical partagé</u></p>	<p data-bbox="517 405 895 483">Connotation : Négative 20 occurrences (suite)</p>	<p data-bbox="1007 405 1358 483">Positive : 19 occurrences (suite)</p>
	<p data-bbox="472 577 930 611"><u>Mal utilisé : 6 occurrences (suite)</u></p> <p data-bbox="472 656 930 981">« parfois que le classeur n'est pas rempli » [MG4] ; « le problème c'est qu'il faut s'astreindre à le remplir » [MG4] ; « je ne remplis que la feuille de transmission » [MG6] ; « il n'est jamais à jour » [MG7] ; « les lettres de spécialistes n'y sont pas » [MG8] ;</p>	<p data-bbox="962 584 1302 651">« je pense que c'est bien » [MG4] ;</p> <p data-bbox="962 656 1286 723">« ça allège la tâche de la famille » [MG4] ;</p> <p data-bbox="962 728 1386 835">« tout le monde est sur la même longueur d'onde, ça évite les erreurs d'appréciation » [MG4] ;</p> <p data-bbox="962 840 1402 907">« une façon de moins se disperser [...] de mieux informer » [MG5] ;</p> <p data-bbox="962 911 1254 945">« accessible » [MG5] ;</p> <p data-bbox="962 949 1334 983">« élément objectif » [MG5] ;</p> <p data-bbox="962 987 1406 1126">« la feuille de transmission c'est bien, les derniers traitements c'est bien, les classements des examens c'est très bien » [MG6] ;</p> <p data-bbox="962 1131 1294 1198">« c'est une bonne chose » [MG7] ;</p> <p data-bbox="962 1202 1398 1310">« les antécédents c'est intéressant quand on ne connaît pas le patient » [MG8] ;</p> <p data-bbox="962 1314 1398 1456">« sur le plan administratif c'est toujours intéressant d'avoir le numéro du fils, du correspondant, etc... » [MG8] ;</p> <p data-bbox="962 1460 1386 1568">« pour les patients des autres médecins qu'on voit en garde » ; [MG9] ;</p> <p data-bbox="962 1572 1378 1680">« permettre d'avoir les courriers de sortie d'hôpital avant trois mois ! » [MG9] ;</p> <p data-bbox="962 1684 1318 1825">« une bonne idée, mais en pratique pour l'instant la réalisation est trop lourde » [MG9] ;</p> <p data-bbox="962 1830 1302 1937">« une belle idée, une idée d'avenir indéniablement » [MG9] ;</p>
	<p data-bbox="472 1032 828 1066"><u>Complexe : 4 occurrences</u></p> <p data-bbox="472 1111 916 1402">« Le DMP apporte surtout de la complexité » [MG3] ; « pas très pratique » [MG3] ; « complexe, probablement très fouillé, très pensé mais [...] peut-être pas ce qui est le plus simple » [MG3] ; « trop complexe » [MG6] ;</p>	
	<p data-bbox="472 1442 780 1476"><u>Lourd : 5 occurrences</u></p> <p data-bbox="472 1520 935 1814">« du temps perdu et c'est trop lourd pour une infirmière » ; « long à remplir » [MG8] ; « c'est une bonne idée en principe... et en pratique c'est une usine à gaz ! » [MG9] ; « ça augmente considérablement notre travail » [MG9] ;</p>	

Thèmes	Citations	
<p data-bbox="231 450 403 488">Question 7</p> <p data-bbox="197 577 437 786"><u>Acceptabilité des RCP et des formations organisées par le réseau</u></p>	<p data-bbox="509 400 900 439"><u>Négatif : 13 occurrences</u></p> <p data-bbox="472 479 930 2011"> « les réunions de supervision... le côté professoral... [censure] » [MG1] ; « ce côté... protocolaire, strict [...] ce n'est pas ma façon de faire » [MG1] ; « s'il faut les appliquer à la lettre... ça revient à ce que je fais déjà ! » [MG1] ; « dicter des attitudes de soin théorique » [MG2] ; « ça ne me dit pas grand-chose de plus que ce qu'on se dit entre nous » [MG3] ; « ce qui me dérange, c'est qu'il faut accepter de suivre des formations organisées par le réseau [qui] ne sont pas forcément utiles » [MG4] ; « quand il y a matière à discuter [...] là je ne vois pas » [MG6] ; « il manque du monde à chaque fois » [MG8] ; « une tentative de réunion, mais il y avait des personnes qui ne sont pas venues » [MG8] ; « remplit des protocoles, elle fait des croix... ce n'est pas l'humain ça » [MG9] ; « Ça ne m'intéresse pas. Ça s'appelle le protocole pour le protocole, pas le protocole pour les gens. » [MG9] ; « Je n'ai jamais vu qu'un protocole, tel qu'il est conçu dans ce MAD, améliore la vie des gens [...] Il n'améliore pas la vie des patients, et c'est très dommage. » [MG9] ; « Pourquoi ? Sur quel critère ? Je réponds que je n'en vois pas la nécessité » [MG9]. </p>	<p data-bbox="995 400 1370 439"><u>Positif : 14 occurrences</u></p> <p data-bbox="959 479 1401 1686"> « c'est toujours bien d'avoir l'avis d'autres personnes » [MG3] ; « c'est un outil » [MG3] ; « l'idée est bonne » [MG3] ; « travailler en pluridisciplinaire c'est toujours plus <i>aisé</i>, pour [...] savoir ce qui est le mieux en ayant entendu tous les aspects » [MG5] ; « c'est d'abord l'amélioration de la prise en charge » [MG5] ; « c'est un guideline » [MG5] ; « trouver les meilleurs moyens de donner des soins et d'accompagner les personnes » [MG5] ; « nous harmoniser » [MG5] ; « une évaluation de la situation » [MG5] ; « c'est intéressant de se retrouver avec plusieurs professionnels, c'est plutôt constructif » [MG7] ; « je pense que c'est une bonne idée » [MG7] ; « c'est bien, [...] si c'est suivi » [MG7] ; « des réunions systématiques [...] ça permet d'avoir une date qu'on ne va pas repousser... » [MG8] ; « c'est quand même plus constructif de se rencontrer tous en même temps » [MG8] ; </p>

c) Synthèse de l'entretien semi-directif

a. Synthèse du premier tableau thématique

L'intérêt du réseau MAD dans sa globalité est perçu négativement par huit médecins sur neuf. Ils expliquent qu'un réseau informel fonctionne bien et ne ressentent pas le besoin de construire autre chose : « Je pense qu'on n'en avait pas besoin [MG1] » ; « Je n'ai pas bien compris la nécessité parce que ça ne répondait pas du tout à mes attentes dans la mesure où ça fonctionnait bien auparavant [MG6] ». La qualité et le dévouement des professionnels paramédicaux sont à l'origine d'une configuration favorable : « Ici on a des infirmiers qui sont capables de gérer un Port-à-Cath, de rincer une chambre implantable, de faire une chimio à domicile, tous types de soins... leur limites sont un peu les mêmes qu'en HAD [MG4] ».

Dans cette thématique de pertinence, la plupart des interrogés citent des points positifs du réseau : le DMP, les bilans fournis, ou l'amélioration de la coordination avec le secteur social.

L'un des opposants n'a pas constaté la performance du réseau MAD Vercors : « Je n'ai jamais vu qu'un protocole, tel qu'il est conçu dans ce MAD, améliore la vie des gens... » [MG9]. D'autres choisissent l'attentisme : « je suis dans une phase d'évaluation [...] pour estimer sa nécessité, son fonctionnement, son coût, et voir si ça vaut le coup de continuer [...] je suis dans une phase d'expectative » [MG6].

Les médecins qui ne ressentent pas l'intérêt du réseau MAD Vercors s'estiment satisfaits de la coordination informelle : « ça marche très bien, et c'est grâce aux infirmiers, essentiellement [MG3] ». La proportion de remarques négatives ou positives concernant la coordination est similaire avant et après le démarrage du réseau MAD Vercors. Les avis sont mitigés à ce sujet, et quelques-uns pointent des failles dans leurs pratiques : « il y a des fois où les informations ne passent pas [MG4] ».

La communication avec l'hôpital ou les structures d'hébergement est identifiée plusieurs fois comme le point faible de la coordination des soins. Un médecin regrette de ne pas avoir inclus un patient au MAD, car sa situation est devenue conflictuelle : « le MAD pourrait nous aider à prendre en charge [...] et je regrette beaucoup [de ne pas avoir insisté pour l'inclure] [MG7] ».

Des conflits entre les médecins du plateau et les organisateurs du réseau MAD Vercors transparaissent. Le motif principal est le défaut de communication au démarrage du projet : « je pense qu'on a été tenu un peu... [Hésitation] à l'écart [MG1] ». Les médecins se plaignent de ne pas avoir été entendus et regrettent de ne pas avoir été systématiquement consultés lors de l'inclusion de leurs patients : « on ne me demande pas mon avis ! [MG8] » ; « La façon dont ça s'est passé ne m'a pas plu » [MG9]. Certains estiment que ce problème de communication est la cause de l'opposition des médecins au réseau MAD Vercors : « Ce n'était surtout *pas la bonne façon de s'y prendre*. » [MG9]. Les relations entre les médecins semblent d'autant plus délicates que le coordinateur du réseau est aussi un collègue.

D'autres commentaires expriment la crainte de perdre son autonomie en tant que médecin traitant : « les réunions de supervision... le côté professoral... [censure] » [MG1].

Le facteur temps entre en compte. Les avis divergent, avec des citations positives et négatives. La majorité des interrogés craint que leur participation soit chronophage : « le temps que ça prend en réunion, c'est lourd » [MG8]. Dans le même registre, on relève la crainte d'augmenter la charge de corvées administratives chez deux médecins : « il ne faut pas que ça rajoute de la paperasse, [...] des contraintes administratives supplémentaires » [MG4].

Un seul pense que le réseau sera rentable financièrement : « gagner de temps en temps de l'argent, quand on n'hospitalise pas inutilement » [MG5]. Les autres expriment de virulentes critiques du rapport coût/efficacité : « et puis pour le problème de rapport coût/intérêt, je pense que ce n'est pas très rentable » [MG3]. Il existe une confusion entre le budget alloué au réseau MAD Vercors et celui du projet de dossier dématérialisé Royans Vercors Santé, sur le même territoire [4]

Un médecin craint la fuite de sa clientèle : « Ce qu'on ressent depuis que ça existe c'est que... ça va paraître purement mercantile mais... c'est un détournement des patients au sortir de l'hôpital » [MG1]. L'organisation du réseau est perçue par un autre trop « inhumaine » et dépersonnalisante pour ses patients : « le côté systématique, on n'est plus dans l'humain » [MG9].

Parmi les points positifs, l'espoir d'améliorer le service rendu au patient est très développé avec dix-huit citations concernant l'amélioration du projet de soin, des pratiques, de la coordination et par conséquent la réduction des hospitalisations évitables : « un vrai projet [...] qui soit connu de tous et suivi par tous » [MG4] ; « la transmission des données, [...] l'horizontalité, [...] essayer de coordonner pour rendre un service *meilleur* » [MG5] ; « on va pouvoir prendre une décision plus adéquate » [MG5] ; « essayer de mettre le moins possible les gens à l'hôpital » [MG5].

Certains avantages du réseau MAD se dégagent : l'accès gratuit au psychologue, diététicien, ergothérapeute, la facilité de communication avec les assistantes sociales, et la mise à disposition d'outils d'évaluation ou de suivi des pathologies.

Les médecins ont des attentes nombreuses vis-à-vis de ce réseau. Chacun espère améliorer ou simplifier un aspect de sa pratique. Sont cités le retour d'hospitalisation, les relations avec les services sociaux, le transfert des informations. Globalement, l'optimisation de la coordination des soins est recherchée avec cinq citations.

Les attentes des interrogés permettent de relever des propositions d'amélioration du réseau actuel, avec plus d'échanges avec le coordinateur et des évaluations plus fréquentes des patients.

b. Synthèse du deuxième tableau thématique

Un dossier médical informel existe au domicile des patients, partagé avec les autres intervenants. C'est le traditionnel cahier : « on avait déjà les cahiers de transmissions [...] ça ne change pas grand-chose [MG6] ». Ainsi, les critiques négatives du Dossier Médical Partagé ont pour objet son utilité : « c'est utile si c'est bien rempli et si c'est facile d'accès, qu'il n'est pas trop compliqué [...] et qu'il contient des informations [MG4] ». Certains le jugent trop complexe et trop lourd, bien que le principe soit intéressant : « une bonne idée, mais en pratique pour l'instant la réalisation est trop lourde » [MG9].

Ces opinions défavorables à propos du DMP sont contrebalancées par autant de remarques positives : « c'est intéressant, parce que quand tout est rempli ça permet d'avoir un meilleur suivi du patient, de prendre en compte les problèmes et surtout de ne pas redemander sans arrêt » [MG2]. Les arguments cités sont le partage d'informations avec la famille, la réduction des erreurs, l'accès à des données complètes... sous réserve que le dossier soit bien rempli !

Les avis sont mitigés concernant l'ajout de réunions de concertation pluridisciplinaires par le réseau. Les professionnels médicaux et paramédicaux avaient déjà l'habitude de se réunir lors de séances de formation médicale continue, et donc posent encore une fois la question de leur intérêt. Une minorité accepte mal de se voir imposer des directives : « dicter des attitudes de soin théorique [MG2] ». La majorité juge les RCP nécessaires pour obtenir une prise en charge globale de qualité : « travailler en pluridisciplinaire c'est toujours plus *aisé*, pour [...] savoir ce qui est le mieux en ayant entendu tous les aspects [MG5] ».

Les difficultés dans le maintien à domicile des personnes dépendantes font l'unanimité. Elles proviennent selon les interviewés souvent du contexte socio-familial, parfois du patient lui-même ou d'un défaut de coordination des soins, rarement des soins eux-mêmes qui deviennent trop techniques : « elles viennent le plus souvent d'un défaut de coordination entre médecins [...] un défaut de partage de dossiers » [MG2].

Les mêmes causes entraînent des hospitalisations évitables : « on ne sait pas, quand on n'est pas le médecin traitant, quel est le choix de la famille, si tel symptôme est normal ou pas. On pourrait être amené à hospitaliser plus souvent que nécessaire, c'est sûr » [MG3].

IV. Discussion

A. Le travail en réseau nécessite l'adaptation des pratiques

Il existe actuellement en France un paradoxe : la notion de réseau de santé est perçue positivement alors qu'on observe une réticence des professionnels à y adhérer.

La pratique en réseau est un apprentissage. Les professionnels doivent partager des informations sur leurs patients. Les engagements des professionnels adhérents sont consignés dans une charte d'adhésion au réseau MAD Vercors (Annexe 4). Ils impliquent un investissement en temps : temps d'apprentissage, temps consacré aux réunions, à la formation. Les professionnels adhérents au réseau MAD Vercors sont rémunérés par un forfait appelé acte dérogatoire. Enfin, les professionnels complètent leurs connaissances des pathologies rencontrées grâce aux formations du réseau MAD Vercors.

L'idée que la coordination des intervenants auprès des patients dépendants relève du rôle du généraliste est présente chez 72 à 82% des médecins [5]. De plus, il est établi que les tâches de coordination ne sont investies par les médecins qu'à condition d'être formalisées ou supervisées, et avec l'aide d'infirmières ou de travailleurs sociaux de proximité [6]. L'Agence Régionale de Santé - Rhône Alpes favorise le développement des réseaux territoriaux de proximité, soit par mutualisation des réseaux existants, soit en orientant les projets émergents de réseaux de santé monothématiques vers une prise en charge plurielle [7]. Le réseau MAD Vercors correspond à l'évolution souhaitée des politiques actuelles.

Le réseau MAD Vercors coordonne deux types de prises en charge complémentaires : sanitaire et médico-sociale. La gestion de la perte d'autonomie à domicile en est facilitée. Un des outils consiste à réaliser un Plan Personnalisé de Santé, sous la responsabilité du médecin traitant, en lui apportant l'appui logistique et conceptuel nécessaire [8].

Le réseau MAD Vercors a évalué la prévalence de la poly pathologie. Il s'agit de l'association d'au moins une maladie chronique à au moins un problème tel que chute, plaie, isolement, contexte financier défavorable... (Annexe 3). En moyenne, les patients gérés par le réseau en 2011 associent 3.88 pathologies chroniques à 2.98 problèmes associés.

Il est préférable que les situations complexes soient repérées avant de cumuler un trop grand nombre de problèmes associés. L'anticipation est l'un des objectifs du réseau MAD Vercors, qui inclut des patients précocement dans l'évolution de leur maladie chronique.

B. Limites de notre étude

L'analyse des questionnaires a permis d'extraire de nombreux paramètres influant sur l'acceptabilité du réseau MAD Vercors par les médecins. L'objectif de l'étude est atteint avec l'interprétation des résultats en tant que frein ou motivation.

Notre étude présente certaines limites :

- La petite taille de l'échantillon ne permet pas de réaliser d'analyse quantitative statistiquement exploitable. Les réponses au questionnaire court ne permettent donc que de définir l'échantillon de façon descriptive.
- Les entretiens semi-directifs permettent de recueillir les sentiments que les médecins ont bien voulu partager. L'enregistrement des conversations peut empêcher l'expression des idées polémiques. La conduite des entretiens nécessite une expérience de ce type d'enquête qui m'a fait défaut lors des premiers rendez-vous. Ces entretiens-tests ont été exploités bien qu'ils comportent des biais de mesure.
- Un médecin a demandé à censurer une partie de sa réponse pour éviter tout conflit avec ses collègues, induisant un biais de mesure. Le refus d'un médecin du Vercors de participer à notre étude entraîne aussi un biais de sélection.

C. Analyse des résultats

a) Description de la population étudiée

La population étudiée de médecins généralistes a une activité moyenne de 80 à 100 actes par semaine. Leur activité est plus faible que la moyenne nationale qui est de 106 actes hebdomadaires. Sur ce petit échantillon, on ne peut pas conclure à une différence statistiquement significative. Les médecins du territoire ont donc une activité inférieure ou égale à la moyenne nationale, compatible avec l'investissement dans un réseau de santé.

Le besoin ressenti de créer le réseau MAD Vercors est minoritaire. La plupart des médecins sont pourtant adhérents d'autres réseaux de santé. Ils ne sont donc pas opposés aux principes du travail en réseau.

Les médecins les plus favorables au réseau MAD Vercors ont l'habitude de solliciter les pédicures, psychologues, diététiciens et assistantes sociales. Ils ont des contacts dans trois de ces quatre professions. Chez les moins favorables au réseau MAD Vercors, les résultats sont hétérogènes. L'un d'eux n'a aucun contact parmi ces professionnels, un autre collabore avec toutes les professions, les autres ont soit deux, soit trois professions représentées dans leur carnet d'adresses.

La coordination des soins est donc pratiquée de façon très différente selon les médecins. La plupart n'utilisent pas toutes les ressources disponibles en professionnels paramédicaux et sociaux. L'adhésion au réseau MAD Vercors enrichirait la liste de correspondants de huit médecins sur neuf.

b) Les freins

Notre étude des médecins du Vercors est confrontée aux données de la littérature étudiant l'acceptabilité des réseaux de santé pour les médecins généralistes français.

En premier lieu, la pertinence du réseau MAD Vercors est remise en cause par les médecins du territoire. La crédibilité des projets qui n'ont pas encore fait leurs preuves fait également partie des freins identifiés dans l'étude de F-X. Schweyer et G. Levasseur [9]. Cette étude recueille les représentations des médecins généralistes non adhérents aux réseaux de santé en 2005. Une autre étude détermine que 31% des médecins doutent de l'intérêt de la prise en charge en réseau pour le patient [10], point soulevé par l'un des médecins que nous avons interrogés.

L'impression de travailler déjà en réseau informel est constante dans notre étude comme dans la littérature [5, 8, 9, 11]. La plupart des médecins déclarent avoir rempli un cahier de liaison concernant une personne âgée dépendante au cours des trois mois précédents [5]. Trois médecins sur quatre estiment que le rôle des intervenants pour la prise en charge des personnes dépendantes à domicile est bien défini dans leur zone d'exercice [5].

Les conflits interpersonnels et l'opposition au réseau ne sont pas spécifiques aux médecins du Vercors. La méfiance par rapport au monde hospitalier et à l'Etat, et la rivalité entre confrères apparaît dans les enquêtes de type psychosociologique [9, 12, 13]. La politique actuelle d'optimisation de la qualité des soins peut être perçue comme une critique implicite des professionnels [9]! Certains non adhérents aux réseaux de santé vivent l'organisation collective comme une dépersonnalisation [9]. Nos résultats concordent avec ces données.

On constate un certain attentisme parmi les médecins qui observent passivement le réseau MAD Vercors évoluer. Cette réticence au changement est retrouvée dans la littérature [9].

L'intégration du travail en réseau à l'emploi du temps ne paraît pas représenter un frein majeur à l'acceptabilité chez les médecins du Vercors. Les données des études similaires relèvent au contraire que la crainte d'augmenter son temps de travail est très répandue. Les médecins sont réticents face aux engagements pour protéger leur vie privée [9]. Seuls 19 à 28% des médecins généralistes pensent que les professionnels ont suffisamment de temps pour se coordonner [12]. L'investissement en temps est plus acceptable pour les participants au réseau MAD Vercors. On peut expliquer cette différence par l'habitude du travail en réseau informel qui est ancrée dans les pratiques des interviewés.

La thématique concernant la pénibilité des tâches administratives concorde mieux avec la littérature [10]. L'état des lieux de la médecine générale par l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) note son influence négative sur l'acceptabilité des réseaux [11].

La mauvaise compréhension des rôles de chaque intervenant équivaut à un frein dans notre étude. C'est aussi la conclusion d'enquêtes à grande échelle : seuls 30% des non adhérents aux réseaux de santé identifient bien les missions de ces derniers [5, 9]. Cette proportion est élevée à plus de 70% chez les adhérents aux mêmes réseaux [5].

La thématique financière est relevée dans deux contextes : le rapport coût/efficacité du réseau et la rémunération des médecins participants. La rémunération des adhérents n'est pas perçue comme une incitation chez les médecins du Vercors. Ils estiment que la coordination fait partie de leur travail, et ne recherchent pas de rémunération spécifique correspondante. Ce résultat est sujet à controverse dans les publications. L'étude des non adhérents aux réseaux de santé apporte des conclusions similaires à notre étude [9]. Au contraire dans l'enquête réalisée pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux en 2005, l'indemnisation est une condition majeure d'acceptabilité du travail en réseau [14].

c) Les motivations

Les difficultés des médecins généralistes dans le maintien à domicile sont nombreuses. La prise en charge des personnes âgées en situation psycho-sociale complexe a été étudiée à Grenoble : les problèmes découlent du manque de structures d'hébergement et du manque d'accessibilité aux professionnels intervenants [15]. Le réseau MAD Vercors facilite les démarches et la coordination des professionnels, ce qui motive les médecins à y participer. L'importance du problème à résoudre est une motivation citée à 88% dans l'enquête sur le réseau Diabète [10] et à plus de 70% dans le panel d'observation des pratiques en 2007 [5].

La majorité des médecins du Vercors admettent qu'une meilleure coordination leur faciliterait la tâche et leur ferait gagner un temps précieux. 85% des médecins interrogés par l'ONDPS comprennent la nécessité d'organiser la coordination entre les intervenants [10]. Certains problèmes sont améliorables par le réseau MAD, tels que l'inconstance du retour d'information après un séjour hospitalier et le temps passé à contacter les professionnels paramédicaux ou sociaux.

La plupart des médecins espèrent améliorer leurs pratiques en participant au réseau MAD Vercors. Ils apprécient les formations, ce qui concorde avec les données de la littérature [8, 10, 12]. Les formations sont utiles car les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas toujours appliquées. Un médecin sur dix seulement applique les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les six pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale [16]. Ces *guidelines* représentent un atout pour la majorité des médecins, bien qu'ils les trouvent difficiles à tenir [17]. Le réseau facilite l'utilisation des recommandations, et améliore ainsi leurs pratiques.

Enfin, certains patients souhaitent adhérer au réseau et entraînent leur médecin traitant à y participer indirectement. C'est une motivation qui correspond aux résultats de l'ONDPS [10]. Le remboursement des prestations (diététicien, podologue, psychologue) est une autre motivation dans notre étude et chez 80% des interrogés de deux autres enquêtes [10, 12].

d) Impact sur l'acceptabilité

Entre 2004 et 2007, des expérimentations ont déterminé les facteurs influençant l'adhésion des médecins aux réseaux de santé [18]. Il est préférable que les freins soient connus des organisateurs de réseaux pour les anticiper. Notre étude a permis d'identifier le souhait d'une communication plus fonctionnelle entre le réseau MAD Vercors et les médecins généralistes du territoire. Ce résultat sera apporté à l'équipe du réseau pour réflexion.

Selon la littérature, six paramètres applicables à notre population peuvent améliorer l'acceptabilité. Il s'agit du contact personnel lors de l'invitation, l'apport d'informations exhaustives sur le projet, la confiance dans les organisateurs, l'objectif scientifique du réseau, une charge de travail raisonnable et l'opportunité de s'améliorer [19]. Les organisateurs du réseau ont pris en compte ces données et envisagent actuellement une rencontre individuelle de présentation. Pour pallier à la méconnaissance du fonctionnement du réseau MAD Vercors, des rappels sont proposés lors des réunions de concertations ou de formation.

Les expérimentations montrent que, dans la majorité des cas, les médecins au départ réticents sont finalement convaincus après une phase de mise en pratique [19]. Près de neuf médecins sur dix sont satisfaits de leur participation à un réseau de santé [9]. Les avantages tels que la libération de temps médical, l'amélioration de la prise en charge du patient favorisent l'acceptation du changement par les médecins [19]. Pour vérifier cette hypothèse dans le cas du réseau MAD Vercors, il faudrait reproduire notre enquête dans quelques années.

Les médecins du Vercors pensent que le rapport coût-efficacité du réseau est défavorable. Or, une évaluation externe des réseaux de santé est conduite annuellement. Les réseaux non rentables ne sont plus financés l'année suivante et cessent de fonctionner [20]. Ce n'est pas le cas du réseau MAD Vercors qui a satisfait aux critères de sa première évaluation. En informant les médecins de ce résultat, on transforme un frein en motivation à adhérer.

Une fois l'adhésion au réseau obtenue, le degré de participation des médecins joue un rôle important. Il détermine leur niveau de satisfaction, selon une méta-analyse canadienne sur vingt-quatre études menées en 1985 et 2006 [21]. Lorsque les médecins participent complètement, la perception de leur pratique professionnelle est améliorée [21]. Lorsqu'ils s'impliquent partiellement, ils ont une vision positive de la qualité des soins mais ne sont pas satisfaits de leur relation patient et ressentent une perte d'autonomie [21].

Améliorer l'acceptabilité vis-à-vis du réseau MAD Vercors a une autre conséquence positive. Il est démontré qu'une fois adhérents, les médecins généralistes ont tendance à rester candidats pour d'autres projets, malgré leurs critiques des projets existants [21]. Une autre expérimentation est en cours sur ce territoire. C'est le projet « Royans Vercors Santé ». Il met en place un dossier partagé sanitaire et médico-social dématérialisé consultable au domicile du patient [4].

V. Conclusion

Le mode d'exercice coordonné au sein d'un réseau de santé n'est pas un mode de pratique habituel pour les médecins généralistes. Nous avons identifié de nombreux freins qui expliquent leur réticence à adhérer au réseau MAD Vercors. Notre étude a mis en évidence certains avantages qui peuvent motiver leur participation. Nous avons également recueilli les attentes des médecins vis-à-vis de ce réseau.

Parmi les huit freins identifiés, six concordent avec les données de la littérature. Il s'agit de la présence d'un réseau informel, la remise en cause de l'intérêt du réseau MAD Vercors, les conflits interpersonnels, l'opposition, l'attentisme, la pénibilité des tâches administratives, la méconnaissance du fonctionnement du réseau MAD Vercors et la sensation de dépersonnalisation.

Deux résultats diffèrent de la littérature. L'intégration à l'emploi du temps et la rémunération des médecins adhérents ne représentent pas des freins pour les médecins de notre étude. Cette différence peut être due à la pratique d'une coordination informelle sur le territoire depuis longtemps.

Les motivations évoquées par les médecins du Vercors concordent avec les données de la littérature. 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 intéressent les médecins de notre étude.

La connaissance de ces éléments permettra à l'équipe du réseau MAD Vercors d'améliorer la communication avec les médecins du territoire. Des motivations seront mises en avant, et certains freins pourront être corrigés. Après quelques années de fonctionnement, l'observation de résultats concrets correspondant aux attentes des médecins favorisera leur adhésion. Ensuite, plus les médecins s'impliqueront dans le réseau MAD Vercors, plus ils en seront satisfaits. La reproduction de notre étude dans quelques années devrait permettre de vérifier ces projections.

THESE SOUTENUE PAR : Ophélie BERTHOD – KAMTA NOGUE II

TITRE : « La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes ? »

CONCLUSION

Le mode d'exercice coordonné au sein d'un réseau de santé n'est pas un mode de pratique habituel pour les médecins généralistes. Nous avons identifié de nombreux freins qui expliquent leur réticence à adhérer au réseau MAD Vercors. Notre étude a mis en évidence certains avantages qui peuvent motiver leur participation. Nous avons également recueilli les attentes des médecins vis-à-vis de ce réseau.

Parmi les huit freins identifiés, six concordent avec les données de la littérature. Il s'agit de la présence d'un réseau informel, la remise en cause de l'intérêt du réseau MAD Vercors, les conflits interpersonnels, l'opposition, l'attentisme, la pénibilité des tâches administratives, la méconnaissance du fonctionnement du réseau MAD Vercors et la sensation de dépersonnalisation.

Deux résultats diffèrent de la littérature. L'intégration à l'emploi du temps et la rémunération des médecins adhérents ne représentent pas des freins pour les médecins de notre étude. Cette différence peut être due à la pratique d'une coordination informelle sur le territoire depuis longtemps.

Les motivations évoquées par les médecins du Vercors concordent avec les données de la littérature. 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 intéressent les médecins de notre étude.

La connaissance de ces éléments permettra à l'équipe du réseau MAD Vercors d'améliorer la communication avec les médecins du territoire. Des motivations seront mises en avant, et certains freins pourront être corrigés. Après quelques années de fonctionnement, l'observation de résultats concrets correspondant aux attentes des médecins favorisera leur adhésion. Ensuite, plus les médecins s'impliqueront dans le réseau MAD Vercors, plus ils en seront satisfaits. La reproduction de notre étude dans quelques années devrait permettre de vérifier ces projections.

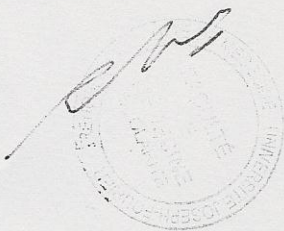
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

09/11/2011

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE



PROFESSEUR

B. BAZZILLI

VI. Bibliographie

- [1] Art. L. 6321-1 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.
- [2] Présentation du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Un projet de santé durable pour nos concitoyens Conférence de presse 22 octobre 2008 Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- [3] WONCA Europe, « Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille », 2002.
- [4] Thèse d'exercice en médecine générale : « Construire un réseau de santé en médecine générale : exemple du projet Royans Vercors Santé » par Thomas MORIN, janvier 2007.
- [5] Etudes et résultats n° 649 • août 2008. « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié ».
- [6] « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. » Par Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil.
- [7] Des pistes pour une nouvelle politique pour les réseaux de santé – Mutualisation et coopération, « Les réseaux territoriaux de proximité ». Laurence Nivet / Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, novembre 2009.
- [8] Résolutions votées par l'Assemblée Générale de l'Union Nationale des Réseaux de Santé – 22 mars 2011.
- [9] « Les non adhérents aux réseaux de santé », par F-X. Schweyer et G. Levasseur, novembre 2005.
- [10] « Le réseau professionnel des médecins généralistes des pays de la Loire en 2007 », Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS – vague 2 octobre 2007.
- [11] « Exercice de la médecine générale : un état des lieux. » Septembre 2008, par Serge Cannasse, basé sur le rapport 2006-2007 de l'ONDPS sur la médecine générale et deux publications de la DREES et un article du rapport 2008 de l'Office de Prospective en Santé.
- [12] « La connaissance et l'utilisation des réseaux de santé par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées », de C. Manfredi Pons, A. Stillmunkés, M. Bismuth, S. Oustric, novembre 2006.

- [13] « Médecine ambulatoire – médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins ». Rapport d'étude pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes, août 2008.
- [14] Enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux « Acceptabilité des réseaux de santé » Annexe 1 du compte rendu de l'Assemblée Générale du réseau ONCOLOR, octobre 2005.
- [15] Thèse d'exercice en Médecine Générale « Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psycho-sociale complexe. Etat des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne. » par Lucie BOSSON, mai 2011.
- [16] « Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes Representations of clinical practice guidelines by general practitioners » P. Laure, J.Y. Trépos, Santé publique 2006, volume 18, no 4, pp. 573-584.
- [17] Etudes et résultats n° 708, octobre 2009 « Les pratiques en médecine générale dans 5 régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique ».
- [18] Coopération entre professionnels de santé, Guide méthodologique - Tome 1, « Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 ».
- [19] Qu'en pensent les médecins ? par le Dr Pascale Jonckheer, Peter Burggraeve, Caroline Artoisenet, Karen Degroote, Marie-France Lafontaine, Vincent Lorant, Viviane Van Casteren, Julien Pierart, Hans Vandenberghe et Etienne De Clercq. La Revue de la Médecine Générale, n° 240 - février 2006.
- [20] Les réseaux de santé selon le rapport d'activité 2008 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Rapport d'activité FIQCS 2007, publication en Juin 2008.
- [21] Participation des médecins généralistes dans les réseaux de santé : expériences en Amérique du Nord. DE STAMPA M. ; VEDEL I. ; HENRARD J.-C. ; BERGMAN H. ; NOVELLA J.-L. ; LAPOINTE L. ; Revue d'épidémiologie et de santé publique ISSN 0398-7620 2007, vol. 55, no6, pp. 401-412.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire aux médecins généralistes du réseau MAD

Questionnaire à réponses courtes

1. *Nom, prénom du médecin, sexe : H/F*
2. *Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?*
3. *Quelle est votre activité moyenne :*
 - *< 60 actes / semaine*
 - *60 à 80 actes / semaine*
 - *80 à 100 actes / semaine*
 - *100 à 120 actes / semaine*
 - *> 120 actes / semaine*
4. *Avez-vous déjà participé à un réseau de santé ? Si oui, lequel*
 - *Oui/non*
5. *Quels moyens de communication utilisez-vous pour votre travail ?*
 - *Téléphone, courriel, papier, autre ?*
6. *Pensez-vous utile de créer une structure de coordination complexe pour optimiser la prise en charge ?*
 - *Oui, vraiment*
 - *Oui, un peu*
 - *Non, pas du tout*
7. *Aviez-vous déjà dans votre carnet d'adresses des correspondants habituels, à qui vous adressez régulièrement vos patients :*
 - *dans les spécialités concernées par les pathologies-cibles du réseau (pneumologie, cardiologie, endocrinologie, néphrologie, oncologie, gériatrie, soins palliatifs) ?* *Oui/non*
 - *Infirmiers* *Oui/non*
 - *Kinésithérapeutes* *Oui/non*
 - *Pharmaciens* *Oui/non*
 - *Psychologues* *Oui/non*
 - *Diététiciens* *Oui/non*
 - *Ergothérapeutes* *Oui/non*
 - *Pédicures* *Oui/non*
 - *Assistante sociale* *Oui/non*

8. Avez-vous dans votre patientèle des personnes atteintes par les pathologies-cibles du réseau ?

- BPCO : Oui/non
- Diabète : Oui/non
- Insuffisance cardiaque : Oui/non
- Soins palliatifs : Oui/non
- Patient sous AVK : Oui/non
- Insuffisance rénale chronique : Oui/non

Questions ouvertes pour analyse qualitative

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD Vercors ?
2. Quels avantages voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?
3. Quels inconvénients voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?
4. Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous gérez seul des patients en perte d'autonomie ?
5. Avez-vous déjà rencontré des situations ayant conduit à une hospitalisation évitable ?
6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?
7. Que pensez-vous des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et des protocoles de soins qui en découlent ?
8. Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?

Annexe 2 : le territoire du Vercors









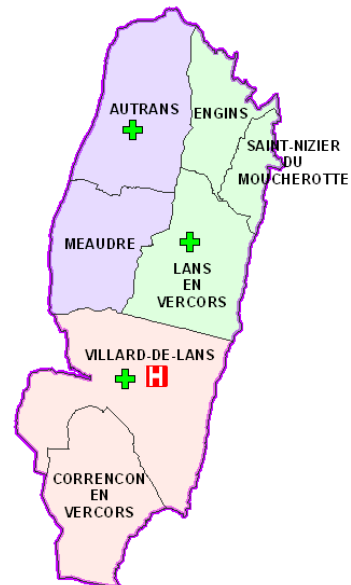
Accès aux services dans les territoires ruraux Territoire du Vercors

Superficie : 255 Km²
Population (RGP 99) : 9 951 habitants


Services de santé



-  Etablissements publics de santé
-  Etablissements privés
-  Pharmacie
- secteurs de garde de permanence des soins
-  VERCORS1
-  VERCORS2
-  VERCORS3



Septembre 2005
source : DDASS
Août 2005



© Copyright - IGN Bdcarto & équipe géomatique. DDE38
6_services_sante.mxd

Annexe 3 : Définition d'une situation complexe

Nombre patients : 68

Nombre de patients	Pathologie	Pourcentage de patients en 2011
58	GERONTOLOGIE	85,29%
48	AUTRES PATHOLOGIES	70,59%
30	INSUFFISANCE CARDIAQUE	44,12%
20	HYPERTENSION ARTERIELLE	29,41%
18	ANTI VITAMINE K	26,47%
17	INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	25,00%
17	SOINS PALLIATIFS	25,00%
13	BPCO	19,12%
13	CANCEROLOGIE	19,12%
9	DIABETE TYPE II	13,24%
9	ALZHEIMER	13,24%
6	PARKINSON	8,82%
4	DEMENCE	5,88%

Nombre de patients poly pathologiques : 62 sur 68

Nombre moyen de pathologies : 3.85%

Nombre de patients poly problématiques : 58 sur 68

Nombre moyen de problèmes : 2.95%

Nombre de Problèmes	Problème	Pourcentage de patients en 2011
38	RISQUE DE CHUTE	55,88%
29	ISOLEMENT	42,65%
25	TROUBLES MNESIQUES	36,76%
25	DOULEUR	36,76%
20	AUTRES PROBLEMES :	29,41%
16	- NUTRITIONNEL	23,53%
15	- FINANCIER	22,06%
14	- COMPORTEMENTAL	20,59%
14	- SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE	20,59%
4	- CUTANE	5,88%
0	- LOGEMENT	0,00%

Annexe 4 : Charte d'adhésion des professionnels du réseau MAD Vercors

ENGAGEMENTS RECIPROQUES

Les signataires de la présente charte s'engagent à œuvrer ensemble pour améliorer, au profit des personnes en perte d'autonomie, temporaire ou définitive, nécessitant des soins pluridisciplinaires à domicile, sans limite d'âge ou de pathologie, la coordination interprofessionnelle et le décloisonnement des relations Ville / Hôpital favorisant ainsi le retour et le maintien à domicile.

Le territoire d'intervention est défini sur tout ou partie des communes du Nord Vercors : St Nizier du Moucherotte - Engins - Lans en Vercors - Autrans - Méaudre - Villard de Lans - Corrençon en Vercors.

Le réseau s'engage à soutenir toute initiative visant l'amélioration du maintien et/ou du retour à domicile. Pour réaliser cet objectif, le réseau met à disposition, dans la limite des financements accordés annuellement par l'ARS, une équipe de coordination pour :

- ✓ Assurer un soutien aux professionnels lors de la prise en charge de situation complexe,
- ✓ Proposer des prestations dérogatoires sous la forme de consultations diététiques, d'ergothérapie ou de soutien psychologique. Il peut réaliser ou coordonner des actions d'éducation thérapeutique,
- ✓ Optimiser les coordinations par l'organisation de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et/ ou de formation pluridisciplinaire et pluri professionnelle,
- ✓ Favoriser la communication entre les professionnels par la mise à disposition d'un Dossier de Suivi à Domicile (DSD)

L'équipe de coordination s'engage notamment à ne pas se substituer aux professionnels intervenant auprès des personnes et respecter le libre choix des intervenants par la personne.

Pour bénéficier des services du réseau, en particulier les prestations dérogatoires, les professionnels de santé doivent être signataires de la charte du réseau.

Par cette signature, ils s'engagent au respect de la présente charte et notamment à :

- ✓ Favoriser la circulation et le partage de l'information dans le respect de leurs obligations déontologiques
- ✓ Soutenir toutes actions favorisant les communications entre les professionnels initiées par le réseau

ADHÉRENTS :

- MAD Vercors est constitué par l'adhésion de professionnels de santé : acteurs médicaux et paramédicaux, libéraux, salariés, impliqués dans la prise en charge à domicile de personnes en perte d'autonomie.

DROITS ET ENGAGEMENTS :

L'**adhésion** repose sur le volontariat et la non exclusivité. Elle se traduit par le respect de la présente charte et par la signature du document d'adhésion à MAD Vercors.

Sortie du réseau : tout professionnel de santé peut sortir librement du réseau, ou en être exclu en cas de non-respect des engagements. Il perd alors tous les avantages liés à l'appartenance à MAD Vercors.

PUBLICITE ET PROMOTION :

Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D.6321-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relative à la publicité et à la concurrence entre confrères.

IMPORTANT

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du réseau. Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, ni réclamer un règlement direct au patient.

En revanche, afin d'être indemnisé, MAD Vercors établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée.

Il appartiendra à MAD Vercors de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations. En dehors des actes dérogatoires reconnus, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient.

Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

Dans le cas où le médecin susceptible de percevoir le forfait de coordination, pour la prise en charge d'un patient en ALD du réseau, est également le médecin traitant de ce patient (au sens de la Convention médicale parue au JO 11/02/2005), la valeur du forfait de coordination est de 80 Euros.

En effet, la nouvelle convention médicale prévoit, à son article 1.1.4, l'attribution d'une rémunération spécifique de 40 € par an et par patient en ALD.

Dans le cas où plusieurs professionnels d'une même catégorie participent successivement à la prise en charge d'un même patient, ils doivent se répartir le forfait annuel au prorata de leur participation.

Annexe 5 : Verbatim

Médecin généraliste n°1 [MG1]

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?

Pour ma part je ne participe pas au réseau MAD. Je n'ai pas signé. [Pourquoi ?] Euh... La première raison c'est qu'on a un réseau officieux sur le plateau du Vercors qui fonctionne très très bien donc je n'étais pas trop d'accord avec l'idée de créer autre chose. Certes, ce n'est pas formalisé mais c'est un réseau de proximité entre les paramédicaux et les pharmaciens... [silence]. Vous voyez d'ailleurs ce matin j'ai eu 3 fois le pharmacien au téléphone pour récupérer des médicaments un peu particuliers, notamment du KEPPRA, et il a téléphoné à la pharmacie centrale de Grenoble pour savoir si on pouvait le sortir de l'hôpital. Ce sont des choses comme ça, qui vont très vite...

La deuxième raison c'est que, disons, je pense qu'on a été tenu un peu... [hésitation] à l'écart, au début... enfin, moi personnellement je me suis opposé très rapidement au MAD... du moins je me suis posé la question de savoir à quoi ça servait, hormis compliquer administrativement la gestion du maintien à domicile... [pause]. Il faut remplir des cahiers...

Voilà, donc un argument de temps et surtout, je pense qu'on n'en avait pas besoin. Enfin moi, je n'en avais jamais éprouvé le besoin. Ceci dit, j'ai déjà fait intervenir des réseaux de Grenoble chez certains de mes patients...

2. Quels avantages ou inconvénients voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?

Si j'y voyais des avantages, je participerais... Ce qu'on ressent depuis que ça existe c'est que... ça va paraître purement mercantile mais... c'est un détournement des patients au sortir de l'hôpital. Parce qu'ils ne remontent pas... enfin disons que, je pense que les services qui ne nous connaissent pas ont tendance à chercher dans l'annuaire des réseaux et on se retrouve avec des patients qui entrent d'office, captés dans un réseau ce qui, pour le patient et pour les soignants, est difficilement acceptable.

Voilà, et sur le plan administratif, c'est sûr que quelqu'un comme moi qui suis très « pointu » sur la question, ça m'horripile ! Et puis les réunions de supervision... le côté professoral... [rires]

Et puis après mais c'est plus personnel, ce n'est pas très professionnel, mais je pense que beaucoup de médecins ont ressenti que le projet démarrait, certains en avaient parlé au début et s'y étaient opposés, alors que le projet a continué sans concertations...

3. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Eh bien oui, évidemment ! Les difficultés, c'est surtout lié à l'environnement familial. Familial et social, ce sont toujours les mêmes problèmes. On peut parfois être mis en échec... Avec l'hôpital aussi, des difficultés de communication. On a des problèmes de coordination médicale avec l'hôpital.

4. Avez-vous déjà rencontré des situations ayant conduit à une hospitalisation évitable ?

[Temps de réflexion] Oui, je pense que c'est souvent la panique de l'entourage familial. Et après la demande du patient aussi, en situation de fin de vie. Et éventuellement après, un problème technique médical.
Donc là on passe facilement la main, en particulier avec le service d'oncologie.

Dans certaines situations, on en sort d'ailleurs aujourd'hui d'une situation comme ça, voilà, j'assure mes arrières ! C'est-à-dire qu'en oncologie par exemple, moi j'ai l'accord du Dr L. pour une hospitalisation au cas où, alors je me suis engagé auprès de la famille pour lui obtenir une place. Et puis j'aurai aussi une place à l'USP [Unité de Soins Palliatifs] si elle existe.

5. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Eh bien c'est ce qu'on fait déjà en pratique, nous. C'est assez littéraire... là ce matin, en visite [auprès d'un patient non inclus dans le réseau MAD] j'ai dû laisser deux pages. Voilà, c'est une habitude qu'on a depuis très longtemps. On exerce notre devoir de « publicité » comme je l'appelle. Tu comprends ce que je veux dire ? [Non...] En fait, toute décision prise qui serait non inscrite est suspecte de... suspecte, quoi. [Quand] C'est marqué, c'est au domicile du patient, c'est visible, relu, etc. Je pense que c'est vraiment important.

Quand j'ai demandé à Mme M. si elle se sentait en sécurité ici ou si elle voulait aller à l'hôpital, elle a répondu, j'ai retranscrit avec des guillemets dans le cahier. C'est une technique. Je ne sais pas s'ils l'ont entendu [sa famille], mais c'est noté.

6. Que pensez-vous des RCP et des protocoles qui en découlent ?

Disons que tout ce côté... protocolaire, strict comme ça... ce n'est pas ma façon de faire. Alors, tout dépend s'il faut les appliquer à la lettre... mais du coup sinon ça revient à ce que je fais déjà !

7. Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ? En êtes-vous satisfait actuellement ?

Très. Je ne vois pas d'autre chose à ajouter... on a vite tranché ! [rires]

Médecin généraliste n°2 [MG2]

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?

Alors moi, je n'ai pas souhaité participer au réseau. J'ai refusé quand on m'a proposé... encore que refusé, c'est un terme un peu... brutal. Ça ne s'est pas fait spontanément parce que la nécessité n'est pas... disons, évidente. Pas de besoin ressenti, quoi.

2. Quels avantages ou inconvénients voyez-vous a priori à faire partie de ce réseau ?

Pour les avantages, je ne vois pas trop ! [Temps de réflexion].

Sinon, pas d'inconvénient particulier à participer à un réseau. Enfin, dans ce réseau il y avait un corollaire qui était un fichier partagé qui était lui par contre intéressant mais finalement qui n'a pas trop avancé... on a activement participé à la mise en place des dossiers partagés pour le DMP mais franchement on n'en entend pas vraiment beaucoup parler. Et on ne s'en sert pas beaucoup, je n'ai pas l'impression qu'il soit très utilisé. Depuis qu'il y a une personne qui a été nommée pour le mettre en place, depuis... je ne sais pas très bien ce qu'il est devenu. Pas de nouvelles.

Sinon, bon, je n'avais pas d'a priori majeur. Alors c'est vrai qu'il y a eu des critiques qui ont été émises, que je peux faire miennes éventuellement, c'est euh... ça imposait des investissements importants aux patients, en terme d'équipement audiovisuel et voilà... ça ne me regarde pas plus que ça finalement.

3. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Eh bien vous dire le contraire, ce serait un peu présomptueux, quand même ! Bien sûr qu'on rencontre des difficultés, mais on essaie de les résoudre. Alors, la réponse à votre question, c'est que nous travaillons avec des infirmiers qui nous permettent de transformer la chambre du malade en une chambre d'hôpital.

Et on peut aller très loin dans la prise en charge du patient. C'est-à-dire qu'il y a des patients qui sont en soins palliatifs, qu'on gère en général jusqu'à la fin de la vie à domicile, selon les possibilités, plus de la structure familiale finalement. On fait de l'HAD [Hospitalisation à Domicile], en quelque sorte ! Et ça il faut dire, c'est vraiment très dépendant de l'investissement des infirmiers, ça leur demande une charge de travail très lourde ! Ça demande des passages pluriquotidiens, avec des soins qui sont longs, ça demande un investissement, je dirais matériel, psychologique, humain... très important, qu'ils ne sont pas obligés de faire. Mais qu'ils font. Ici on a des infirmiers qui sont capables de gérer un Port-à-Cath, de rincer une chambre implantable, de faire une chimio à domicile, enfin tous types de soins... leur limites sont un peu les mêmes qu'en HAD.

4. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

Une hospitalisation évitable ? je pense qu'elle viennent le plus souvent d'un défaut de coordination entre médecins, voilà. Souvent, on va dire que c'est... un défaut de partage de dossiers. C'est-à-dire qu'un patient qu'on ne connaît pas, qu'on va voir en garde... c'est ça. On en revient toujours là.

5. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Moi, je n'ai pas de patients inclus dans le réseau, seulement des patients qui ont un DMP. Alors pour le moment, je n'ai pas accès aux données informatisées... Au domicile du patient, il y a un classeur patient, qui est mis au point par le réseau, qui existe, et un classeur informel, qui est mis au point par les infirmiers et les médecins, qui existe aussi. Qui n'est pas du réseau, vous voyez.

Eh bien c'est intéressant, parce que quand tout est rempli ça permet d'avoir un meilleur suivi du patient, de prendre en compte les problèmes et surtout de ne pas redemander sans arrêt... [pause].

6. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?

Eh bien pour l'instant, pas grand-chose, on attend de voir... [sourire]. Je ne sais pas, est-ce que les RCP vont être bien adaptées au patient, dans son contexte ? Ou est-ce qu'on va nous dicter des attitudes de soin théorique, il faut voir...

a) Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ? En êtes-vous satisfait actuellement ?

Oui, plutôt. Plutôt, et je pense qu'encore une fois, moi ce que je trouve... ce qui serait l'idéal serait un dossier médical partagé. Avec les médecins généralistes ce serait déjà pas mal... Il y a un passif de propriété sur les dossiers en fait, c'est dommage... Là si vous allez dans le cabinet par exemple, les dossiers sont partagés [NB : cabinet de groupe], il y a des patients qui peuvent être vus par chaque médecin et chacun peut accéder à ce qu'a fait l'autre. Et c'est bien.

Si on pouvait faire ça sur le plateau, moi je n'aurais rien contre. Voilà, je crois qu'on a fait le tour...

Médecin généraliste n°3 [MG3]

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?

Euh... moi je n'y participe pas. Alors pourquoi ? [pause]

Je pense qu'il y a deux choses. Un, ça n'apporte pas grand-chose... Ça nous apporte le psychologue, ça nous apporte l'ergothérapeute, ça nous apporte la diététicienne. Choses dont on a un besoin assez limité, il se trouve. Voilà. Et d'autre part c'est un appel de fonds pas possible pour ces trois choses-là. Je ne sais pas combien c'est par an... mais c'est énorme par rapport au peu de choses que ça nous apporte. En gros c'est un certain gaspillage, quoi. En termes de finances.

Bon, par contre le principe de se réunir pour parler des patients... c'est toujours bien d'avoir l'avis d'autres personnes... sauf que ces réunions, j'en ai déjà fait une, ça ne me dit pas grand-chose de plus que ce qu'on se dit entre nous parce que pour nous ce n'est pas nouveau, on faisait ce genre de réunions déjà. Celle que j'ai faite c'était avec les infirmiers et les aides à domicile, ça on le fait régulièrement nous de notre propre chef, ça se fait de façon informelle. Les infirmiers passent tous les jours ici donc s'il y a quelque chose à dire on le sait.

Donc on n'a pas de problème de communication. Dans notre pratique c'est vrai que ça n'apporte pas grand-chose.

2. Quels avantages ou inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?

Oui, dans les inconvénients, j'ai deux patients inclus dans ce réseau sans que j'en sois informé ! Donc c'est un peu gênant d'apprendre par hasard que vos patients font partie du réseau, je pense qu'il y a un problème de... [pause] oui, de forme déjà, bon et puis après ça

est-ce que je suis vraiment opposé ? pour cette raison-là oui, et puis pour le problème de rapport coût/intérêt, je pense que ce n'est pas très rentable.

3. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Oui, on rencontre des difficultés, toujours... mais qui dépendent du patient qu'on a en face de soi. Les difficultés qu'on peut avoir, c'est une opposition... ça arrive quand même assez fréquemment. Opposition aux soins, des gens qui refusent les soins comme j'en ai en ce moment. On y arrive plus ou moins, mais c'est un peu compliqué. Il faut du temps, de l'énergie...

Ce qu'on rencontre comme difficulté aussi parfois, ce sont les patients qui sont très isolés. A ce moment-là, on fait des soins à domicile qui sont assez « limites »... alors bien sûr on est entourés, il y a les aide-ménagères, les infirmiers, mais quand une personne est seule à domicile ce n'est pas très simple.

Il y a donc l'opposition, l'isolement, et aussi le manque d'aides... disons le manque d'aidants. Je crois que c'est à peu près tout...

4. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

C'est difficile comme question... [pause]. Bon il y a comme je l'ai dit tout ce qui découle du manque d'aidants. Dès qu'on a un problème lié à l'aidant, c'est sûr qu'on pourra avoir recours à une hospitalisation parce qu'on ne peut pas faire autrement. Je pense à cette dame qui ne voulait rien, eh bien on a quand même réussi à lui imposer certaines choses qu'elle a acceptées finalement mais... c'est certain qu'elle se laissait aller, on ne pouvait pas la laisser chez elle dans ces conditions-là.

5. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Quand on arrive il y a le dossier, j'ai déjà regardé... il est complexe, probablement très fouillé, très pensé mais... sur le plan pratique ce n'est peut-être pas ce qui est le plus simple.

Pour les données contenues, c'est sûr que c'est très intéressant pour nous, mais on les avait déjà ! On a déjà le cahier de l'infirmière, on a le cahier de l'aide-ménagère, on a déjà tout ça. On a les kinés aussi qui mettent souvent un mot dans le cahier des infirmières... Le DMP apporte surtout de la complexité. C'est pour ça que je ne le trouve pas très pratique par rapport à ce qu'on a déjà.

On ne peut pas passer notre temps chez le malade, et si on n'a pas le ressenti des gens qui y vont tous les jours ça ne va pas. Le problème qu'on peut avoir chez les personnes âgées sur une garde par exemple c'est qu'on ne sait pas, quand on n'est pas le médecin traitant, quel est le choix de la famille, si tel symptôme est normal ou pas... En fait on pourrait être amené à hospitaliser plus souvent que nécessaire, c'est sûr. En tous cas quand on a un doute et qu'il n'y a pas d'urgence notoire il faut contacter le médecin traitant pour qu'il puisse passer les jours d'après.

Moi c'est arrivé une fois que je sois appelé pour un abcès chez une patiente qui était mourante. Je l'ai fait descendre alors que ce n'était pas utile...

6. *Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?*

Eh bien, c'est un outil, bien sûr. L'idée est bonne, c'est peut-être même la seule bonne idée [rire]. Encore que, je ne sais pas qui participe aux décisions exactement...

7. *Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ? En êtes-vous satisfait actuellement ?*

Bon, je pense qu'on n'a pas grand-chose à dire, quand on a besoin de spécialiste on arrive à avoir un avis d'une façon générale assez facilement... moi je ne trouve pas que ce soit difficile particulièrement. On a une chance inouïe... On est parfois appelé le week-end par nos infirmiers, pour nos patients qui posent problème. Ça permet déjà d'éviter d'appeler le médecin de garde...

Moi je trouve que ça marche très bien, et c'est grâce aux infirmiers, essentiellement !

Médecin Généraliste n°4 [MG4]

1. *Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?*

Donc j'y participe, officiellement. Pourquoi ... eh bien j'attends qu'il simplifie les choses [pause], qu'il simplifie peut-être aussi le retour des informations vers le médecin... la contractualisation des informations. Oui, essentiellement.

2. *Quels avantages voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Peut-être une meilleure synthèse du dossier des patients, j'aimerais que le projet de soins soit plus étoffé, avec la participation de la famille.

Avec un vrai projet, qui soit connu par tous les intervenants paramédicaux et médicaux, que ce projet soit connu de tous et suivi par tous : qu'il y ait une meilleure cohérence. Parce que ça arrive encore qu'il y ait des informations qui soit inconnues des paramédicaux, qui m'appellent parfois en me demandant « M. X, qu'est-ce qu'il a ? » alors que bon... la famille ne répète pas, forcément, quinze fois la même chose à tous les intervenants.

3. *Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Essentiellement, il ne faut pas que ça rajoute de la paperasse ! ça, c'est clair... Pour l'instant il ne s'est rien passé de spécial donc je ne vois pas d'inconvénients, mais il ne faut pas que ça donne des contraintes administratives supplémentaires. Ce qui me dérange aussi dans ce réseau, c'est que pour faire partie du réseau il faut accepter de suivre des formations organisées par le réseau, ça je pense qu'on peut tous le dire : ces formations ne sont pas forcément utiles.

4. *Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?*

Oui, d'abord la communication avec tous les paramédicaux en même temps, car je ne prends pas forcément mon téléphone avec tous les numéros à domicile. Alors, j'écris parfois

sur le classeur à domicile. Il y a des patients qui ont le classeur qui existait avant le réseau, d'autres qui ont le gros classeur du réseau. Ces patients-là, j'écris toujours dans le classeur, par contre je me rends compte parfois que le classeur n'est pas rempli. Les gens n'écrivent pas toujours à leur passage, et ça... du coup il y a des fois où les informations ne passent pas, forcément.

Il faudrait vraiment qu'il y ait un outil que tout le monde s'astreigne à remplir. Et ça... Il est bien ce classeur sinon, il est complet, il est gros, il est plein d'informations, sinon, il y a plein d'informations à mettre dedans, tout ce qu'on veut... le problème c'est qu'il faut s'astreindre à le remplir.

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

Ça peut se produire quand les aidants ne sont pas suffisamment présents... ça a pu se produire, par exemple, pour des gens qui sont en « maintien à domicile » et pour qui... il y a des enfants qui vivent dans la même maison, ou qui sont très proches, voilà, on arrive parfois à gérer des situations à domicile *parce que* quelqu'un est là 24h/24 dans la maison avec eux... qui peut administrer un traitement ou surveiller un traitement, etc... Par contre, ce n'est jamais évident... même s'il y a toute la mise en place du réseau : les infirmiers, les kinés et compagnie... s'il n'y a pas d'aidants, suffisamment, à la maison, avec des épaules suffisamment larges pour endosser les difficultés, ça ne marchera pas jusqu'au bout.

Je pense à un patient, qui n'est pas si vieux, il a 71 ans, il a une [nom de pathologie], il perd de l'autonomie rapidement ces derniers temps, et son seul aidant en fait c'est sa femme qui a six ans de plus que lui donc qui a 77 ans, et qui est fatiguée, qui est... voilà, arthrosique... et ses enfants ne sont pas là, ils habitent la région parisienne. Et du coup, on sait que le maintien à domicile ne va pas être possible, malgré tout ce qu'on va mettre en place, des infirmières, deux passages ou trois passages par jour, un kiné par jour, moi qui passe régulièrement... Je veux dire, ce n'est pas comme au quotidien, quelqu'un tout le temps. Là, quand il a envie d'aller sur la chaise-pot ou qu'il tombe, eh bien, sa femme, elle ne vit plus... elle ne dort pas la nuit parce qu'il la réveille toute la nuit parce qu'il veut aller... c'est un cauchemar, quoi, pour le conjoint.

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Eh bien, oui, je pense que c'est bien. Je pense que c'est bien, sauf que voilà, il faut vraiment que tout le monde... c'est utile si c'est bien rempli et si c'est facile d'accès, qu'il n'est pas trop compliqué et que... et qu'il contient des informations parce que moi, ce n'est pas rare que j'arrive chez les gens, j'ouvre le classeur pour écrire dedans, et il n'y a rien d'écrit sauf mon compte-rendu de la visite du mois d'avant. Alors il y a les tableaux avec les constantes, ou je ne sais pas quoi, des infirmières, mais ce n'est pas ça que je voudrais ! Je voudrais que le kiné, par exemple, une fois par semaine, il écrive un petit mot, en disant... les progrès, voilà.

Je pense que ça allège la tâche de la famille. Ça fait que tout le monde est sur la même longueur d'onde, ça évite les erreurs d'appréciation, ça évite...

7. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?

Oui alors ça, c'est bien, je trouve, mais ça on en faisait déjà avant donc... enfin moi, j'en faisais déjà avant des RCP. Donc je pense que c'est bien, toujours pareil, si c'est suivi... voilà. De toutes façons on en fait, donc ça permet d'avoir une date qu'on ne va pas repousser. C'est bien de dire qu'on n'est pas d'accord avec le fait qu'on nous impose quelque chose, mais encore faut-il le faire !

8. *Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?*

Eh bien ça en fait, c'est un peu, je ne sais pas trop... c'est difficile que le coordinateur ait un rôle de coordination et que nous-même on ait aussi un rôle de coordination. Je veux dire, qu'on ait deux coordinateurs. Je n'en sais rien, comment on communique l'un avec l'autre ? Parce qu'à la réunion de RCP, c'est moi qui étais là, le médecin coordinateur lui n'était pas là... C'est le médecin traitant du patient qui est présent. Le médecin coordinateur, lui, n'est pas présent. Donc cette réunion de coordination, lui, il en a écho puisqu'il y a un compte-rendu qui est rédigé par la secrétaire du réseau, et puis ensuite je pense qu'il est visé par le médecin, mais... je ne sais pas bien.

Alors, c'est un peu délicat, parce que c'est un médecin du plateau, qui est un collègue à nous... je pense que lui il est dans une position qui n'est pas facile parce qu'il ne peut pas se substituer à nous comme ça... pour les patients qui sont nos patients. Alors que si c'était quelqu'un d'extérieur, complètement extérieur, ce serait peut-être différent. Et d'un autre côté... s'il est médecin coordinateur du réseau, il faut qu'il soit... coordinateur du réseau, quoi. Donc... je pense que la position n'est pas facile, je ne sais pas.

Médecin Généraliste n°5 [MG5]

1. *Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?*

J'ai bien sûr accepté de participer activement au réseau, parce que d'une part, le besoin pour améliorer la coordination et autres, existait, et puis que les idées ont été mises en brainstorming entre nous, puisque c'est né chez nous l'idée de faire ce réseau, donc on a été « brasser » en même temps, à plusieurs, les mêmes idées, je veux dire... mais pour essayer, effectivement, de rendre un service... et puis en même temps parce que ce réseau-là, c'est un réseau qui n'existe nulle part ailleurs.

C'est un réseau - le Dr R. vous le dira mieux que moi - c'est un réseau qui prévoit la transmission des données, et qui prévoit ce qu'on appelle l'horizontalité, c'est-à-dire qu'on n'est pas là pour... on ne s'adresse pas du spécialiste au généraliste mais au contraire c'est tous les gens qui travaillent pour une même personne, qui sont impliqués dans les soins à divers degrés, qui vont essayer de coordonner pour rendre un service meilleur.

Donc il y a une utilité.

2. *Quels avantages ou inconvénients voyez-vous à participer au réseau MAD ?*

Je pense que ça nous permet de mieux cadrer et mieux structurer nos actions... ça permet de s'améliorer, je ne sais pas moi... dans certains domaines qu'on exigeait un petit peu avant, où il va falloir être un peu plus précis de façon à ce que l'information soit passée pour tout le monde.

Donc je pense que ça ne peut qu'améliorer nos pratiques... Il y a des bilans à faire, il y a des... comment on appelle ça... des évaluations dans certaines pathologies, donc ça oblige aussi à adopter des évaluations... qui sont, disons, plus précises que nos évaluations qui sont un peu « au feeling » ! Puisqu'il va y avoir des tableaux... on va adopter certains types d'évaluation par rapport à d'autres, pour être le plus simple possible et le plus précis. Voilà.

Donc je crois qu'effectivement ça améliore.

3. *Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Le seul inconvénient c'est celui de la mise en application au départ, avec les apprentissages, aussi bien de la bonne gestion des outils, que de... voilà, de remplir les bons endroits, de ne pas oublier... [rire].

Il y a certainement l'inconvénient de la mise en place avant d'être parfaitement opérationnel. Voilà, sinon, non... c'est tout pour l'instant.

Pour l'instant, je n'ai que deux patients inclus, parce que l'inclusion ne dépend pas que du médecin, elle dépend du patient aussi. Je pourrais en avoir d'autres, mais il y en a qui ne veulent pas le système pour l'instant. Il y en a pour qui ça fait ou un peu peur ou ... donc il y en a deux. D'ailleurs, je crois qu'on n'est que deux médecins, pour l'instant, d'inscrits... C'est parce que ça fait un peu peur, les gens ont l'impression qu'on est en train de faire quelque chose qui va leur prendre du temps, qui va... les médecins qui ne vont pas adhérer vont quand même participer, mais c'est vrai que pour l'instant...

Pendant trois ans, on a remué ça dans tous les sens, et puis quand le moment est arrivé... c'est quand même, je veux dire, ça génère un gros budget, alors il y a des gens qui ont commencé à dire « pourquoi on fait ce truc avec autant d'argent que ça, alors qu'on pourrait faire des choses autres avec le même argent... », « qu'est-ce que ça va apporter de plus alors que nos patients, on les suit déjà... », « on ferait mieux de donner cet argent où il y en a plus besoin... ». Et c'est assez curieux, tout ça a été mis en place au fil des réunions avec ceux qui voulaient y participer, et on a attendu, effectivement, que les choses prennent forme pour faire... opposition ! [rires]

Mais bon, en même temps, on s'attendait à ce qu'il y ait des résistances, car ce n'est pas facile de changer ses habitudes. Et puis, le médecin, par essence, c'était un petit peu le maître d'œuvre, et il y a des gens qui ont l'impression qu'ils vont perdre un peu de leur autonomie. Voilà, ils ont des inquiétudes... Il y a des gens qui évoluent difficilement !

Et ça [le réseau MAD], ça intéresse les tutelles, justement, parce que ça n'existe nulle part ailleurs. Il y a des réseaux hospitaliers, il y a des réseaux sur la douleur, il y a des réseaux sur... mais il n'y a pas de réseau qui tienne compte d'une population géographique dans son ensemble, avec tous les acteurs qui sont là. Et donc, si c'est un réseau qui donne satisfaction, on en sait rien encore, eh bien ça va intéresser.

4. *Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?*

Eh bien, la première difficulté c'est... l'interconnexion, ça veut dire, pouvoir au moment opportun, dire à l'infirmière ce qu'il faut faire... Disons que ça se fait en ordre un peu décousu, ce n'est pas trop centralisé, il y a les pertes de temps... Voilà, c'est à ça que le réseau devrait servir, c'est de planifier un petit peu de façon à ce que les choses se fassent plus rapidement. C'est-à-dire qu'entre le médecin qui décide qu'il serait bien de faire ceci et le moment où c'est exécuté, euh... que les choses aillent assez vite car l'information est passée

assez vite. Plutôt que chacun soit obligé de penser, de prendre son téléphone, appeler l'un, l'autre, etc...

Sinon quelles difficultés... c'est toujours difficile... je veux dire, le fait de travailler en pluridisciplinaire c'est toujours plus aisé, pour prendre des dispositions où chacun a son rôle à dire et à faire, sur la pathologie rencontrée, plutôt que de s'y prendre tout seul. C'est toujours plus facile de dire en discutant, de savoir ce qui est le mieux en ayant entendu tous les aspects. Le médecin voit la pathologie, il voit peut-être moins la mécanique, je ne sais pas... la façon dont ça se passe au domicile, ou alors il va moins s'intéresser... chacun a un œil exercé sur sa partie, et donc les avis convergents, à un moment donné, ça fait qu'on va pouvoir prendre une décision plus adéquate. On ne perdra peut-être pas de temps. On va dire, voilà, il faut mesurer le périmètre de marche de M.... On va dire ce serait bien que... et au lieu de dire juste « ce serait bien », voilà, le kiné va dire que oui, Mme risque de chuter si on ne met pas les barrières, allez hop ! on met les barrières.

Chacun a un regard différent, et en plus les patients ont un contact avec chaque professionnel qui n'est pas le même ! Je veux dire, un patient je vais le voir tous les mois si c'est souvent, ou tous les mois et demi, ou tous les trois mois si ce n'est pas trop lourd, et puis l'infirmière il va la voir trois fois par semaine si ce n'est pas tous les jours, et puis l'aide-soignant il va le voir tous les jours, et puis le kiné deux fois par semaine... et les rapport entre toutes ces personnes sont *différents*, il y en a un qui va être sensibilisé par l'aspect euh... bon, on y va tous les jours et on dit « tiens, ça va moins bien qu'hier », voilà. Si on y va tous les mois, « ça va moins bien qu'hier », on ne peut pas le dire !

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

Pfff... moi je n'ai pas eu beaucoup de problème, je pense que quand je fais une hospitalisation elle est en général justifiée... non, mais... évitable, ça veut dire qu'on peut garder à la maison ? ah, j'ai déjà... je veux dire, elle ne sont pas évitables, même quand on est sur des choses difficiles et que la famille n'en peut plus, il y a un moment donné... elle aurait pu être évitable parce que l'hôpital ne rend pas forcément service pour le patient, mais... de temps en temps, il faut souffler. Pour les gens qui sont à bout de force, il y a un moment où il faut les soulager. Si le système est tel que... mais c'est vrai que ça devrait moins arriver en réseau d'avoir à hospitaliser quelqu'un, non pas pour les soins qu'on va lui apporter, mais plutôt parce qu'on n'est pas à la hauteur d'assurer tout sur place, quoi.

Sinon, on a une philosophie quand même, nous à la montagne, médecins généralistes, d'essayer de mettre le moins possible les gens à l'hôpital, parce que de toutes façons, l'hôpital... si c'est justifié, bon, voilà, mais toute personne, surtout les personnes âgées, remontant de l'hôpital, remonte avec des fragilités *accrues*. Elles sont déboussolées, elles remontent... et je pense que l'hôpital c'est quand même un mal nécessaire pour régler les problèmes aigus. J'ai quelqu'un qui vient de mourir là, récemment, mais ce monsieur qui avait des [nom de pathologie], à un moment donné, j'ai été obligé de l'envoyer pour le re-booster. En sachant qu'on n'était pas *curatif*, on était que palliatif...

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Le but du DMP je pense que c'est ... une façon de moins se disperser, et c'est aussi la façon de mieux informer tous les gens qui sont amenés à voir le patient.

Le DMP, normalement, c'est ce que le médecin partage avec une équipe, mais c'est aussi ce que le médecin va partager avec l'hôpital, avec éventuellement un autre réseau... ça veut dire que le jour où vous n'êtes pas là, que votre patient est en situation difficile, il va être obligé d'être hospitalisé... il va arriver en bas et il aura tout ce qu'il faut de son passé et autres, de façon à ce qu'il n'arrive pas comme un inconnu. Donc on évitera peut-être des erreurs, on n'oubliera peut-être pas un certain traitement qu'il doit continuer. Je veux dire, c'est toujours difficile de voir quelqu'un qu'on ne connaît pas et sur lequel les renseignements n'existent pas. Là, c'est fait justement pour que : un patient, il a un dossier qui puisse être accessible d'une manière ou d'une autre, par des gens qui seraient amenés à s'occuper de lui, même en l'absence de son médecin, dans le cadre de l'urgence, dans le cadre d'un changement de... d'endroit, quoi. Donc, c'est fait pour ça.

Vous savez, si vous avez une personne âgée à domicile qui tout d'un coup a besoin de descendre à l'hôpital... s'il n'y a pas un élément objectif pour dire : il prend ça, ça et ça... si le médecin n'a pas pensé à faire un mot et que vous n'êtes pas partie prenante... Même si vous demandez à un monsieur alerte et valide sur le plan de la relation, même s'il n'est pas Alzheimer ou autre, si vous lui demandez ce qu'il prend comme traitements il n'en sait rien lui, la première chose qu'il va dire au médecin c'est « je prends un comprimé blanc... » ! Avec ça le médecin ne sait pas où il va, il y en a plein des comprimés blancs. Bon, donc c'est quand même intéressant qu'on sache qu'il est allergique à l'iode, qu'il est bien vacciné, qu'il est BPCO, qu'il est diabétique... voilà, sinon... !

Normalement, les réseaux vont pouvoir être interconnectés, alors pour l'instant ça balbutie, mais normalement le DMP, en tout cas les urgences, l'hôpital, devraient pouvoir accéder. Alors nous pour l'instant, ces gens sont suivis avec un dossier papier. Et ce dossier papier, théoriquement, est fait pour qu'ils le prennent sous le bras quand ils s'en vont. Et puis, il faut qu'il remonte ! [sourire] L'expérience nous le dira, si ça remonte... Voilà, il est fait pour ça. Après, vous savez très bien qu'il y a une expérience localement qui veut qu'un jour, ça passe par un système qui soit informatisé, tout ça... Mais elle y est déjà, la plateforme informatisée, donc il suffit qu'on rentre des données dans l'ordinateur, après il suffit qu'on ait une connexion pour venir les chercher mais ça c'est nous qui sommes obligés de le gérer. Ce n'est pas le dossier du patient chez lui, c'est une espèce de résumé qu'il y a là...

L'intérêt, c'est de mieux cerner les besoins des gens, de mieux cerner les besoins et les difficultés des gens. Il est évident que, si on sait que, voilà, la personne une fois sur deux ne mange pas, c'est plus facile quand quelqu'un l'a remarqué ! Donc ça peut être les aides-soignants, quand c'est quelqu'un qui a des difficultés à se lever alors qu'il se levait d'habitude, c'est plus facile... je pense qu'en fait voilà, ça sert à mieux apprécier les difficultés et les besoins du patient.

7. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent?

La RCP c'est d'abord l'amélioration de la prise en charge, donc c'est un guideline en même temps, c'est-à-dire qu'à partir du moment où on a fait une réunion, qu'on s'est concertés, qu'on a trouvé les meilleurs moyens de donner des soins et d'accompagner les personnes, après non seulement c'est là pour nous harmoniser dans ce qui est normalement prévu de faire, donc c'est un guideline, une fois que le protocole est établi. Et puis ça permet certainement aussi une évaluation de la situation. La RCP permet, à intervalles réguliers, pas forcément rapprochés, de voir si on est dans une situation qui s'améliore, dans une situation qui se dégrade, dans une situation qui est statuaire...

Les protocoles de soins... il faut bien savoir qu'on est partie prenante dans l'élaboration de ces protocoles, ça veut dire que l'aspect *médical*, est quand même, disons, avec l'aspect technique et autres, donc le médecin, au départ de beaucoup de choses, et puis de toutes façons déjà dans notre pratique habituelle on délègue déjà des tas de tâches que l'on confie aux autres. Et avec des retours. Donc il n'est pas anormal de prendre l'idée du collectif qui n'est peut-être pas tout à fait la nôtre pour dire que c'est mieux de faire comme-ci ou comme ça. Je veux dire, nous on avait déjà l'habitude de travailler globalement ensemble, on est une association de professionnels libéraux de santé où il y a *tous* les professionnels libéraux de santé. On se réunit avec les infirmières, les kinés... donc on a pas de difficultés à échanger habituellement.

8. *Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ? En êtes-vous satisfait actuellement ?*

Ah, eh bien qu'il nous soulage dans plein de choses... qu'il nous fasse gagner du temps à nous car les professionnels n'ont jamais assez de temps pour accomplir les choses! Ça veut dire que tout ce qui est pré-mâché, pré-établi, tout ce qui est un petit peu réglementaire, mis en place, je veux dire c'est toujours ça que les professionnels au contact direct n'ont pas à faire. Donc le service de coordination... nous rendra bien service, j'espère !

Bon, on sait bien au départ que les réseaux souffrent d'une certaine inertie, mais c'est à nous de plancher au début pour montrer que c'est utile, que ça sert à quelque-chose, que ça permet peut-être même aussi de gagner de temps en temps de l'argent, quand on n'hospitalise pas inutilement... Il y a des financeurs derrière, pour l'instant, mais si ce n'est pas le cas, je veux dire : si ça n'apparaît pas utile, ça s'arrêtera...

Médecin généraliste n°6 [MG6]

1. *Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?*

Je participe mais je ne suis pas membre du réseau... J'accepte l'idée de participer, il n'y a pas de problème, je dirais que je suis dans une phase d'évaluation, pour voir un peu comment ça se passe et ce que ça peut apporter, et voir comment ça va être, je dirais, à contrôler... Je suis plutôt dans une phase... pour estimer sa nécessité, son fonctionnement, son coût, et voir si vraiment ça vaut le coup de continuer. Donc là je suis dans une phase d'expectative.

Mais je participe activement, j'ai inclus des patients volontairement, donc je ne suis pas contre... C'est vrai que ce qui a été, euh... [pause] le démarrage du réseau, je n'ai pas bien compris la nécessité parce que ça ne répondait pas du tout à mes attentes dans la mesure où ça fonctionnait bien auparavant. Notamment en ce qui concerne la relation entre les différents intervenants.

Alors il y a peut-être des axes à développer- on va peut-être en parler - qui ne sont peut-être pas les axes qu'on avait évoqués initialement... Parce que la coordination des soins qui est quand même le but initial à mon avis - en tout cas à mon niveau - se passe très bien, en

tout cas bien mieux qu'ailleurs, alors je ne vois pas pourquoi c'est ici qu'on met un réseau ! Moi j'ai été un petit peu choqué par le... [pause], alors que c'est un outil qui ne me semblait pas être utile, par le coût que ça entraînait, et je me suis posé la question vraiment de l'intérêt. Alors il y a peut-être, sûrement, d'autres choses que je n'ai pas vu au départ, qui sont peut-être intéressantes, je pense que la coordination de soins est toujours améliorable mais qu'on peut l'améliorer avec quelque chose de moins lourd.

2. *Quels avantages ou inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Eh bien, essayer d'améliorer la coordination de santé, parce qu'on a un outil qui nous a été donné, on ne va quand même pas le boudier... autant l'utiliser. Et puis voir s'il est valide ou pas, pour savoir s'il faut poursuivre ou pas. Après l'intérêt, ça peut être de développer d'autres choses que la coordination, notamment les relations avec le social sont difficiles, et ça peut être un intérêt du réseau. Tout ce qui est retour à domicile du patient, retour d'hospitalisation c'est quelque chose de difficile à gérer dans les suites, si l'hôpital a un interlocuteur-relais unique, ça peut être plus facile à gérer pour tout le monde, et puis vous avez parlé des soins palliatifs, à mon avis le réseau ça peut être une bonne chose de développer peut-être pas un réseau mais au moins un système d'aide aux soignants pour ce qui est de la prise en charge des soins palliatifs. Voilà ce que je peux dire pour le moment.

3. *Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Je pense que c'est une structure qui est lourde en tout cas pour améliorer la coordination je pense qu'il y a des moyens beaucoup plus simples ne serait-ce que... Ce n'est pas vraiment complexe, car il y a des personnes qui s'en occupent qui travaillent très bien, qui font vraiment bien leur travail – aussi bien la secrétaire que l'infirmière coordinatrice – donc ce n'est pas complexe du tout, mais par contre je pense que le coût est important, et qu'on a des outils beaucoup plus simples moins onéreux qui amènent des résultats peut-être pas la même chose, sans doute moins de confort, mais en tout cas un résultat qui est à terme en tout cas sur le plan de la coordination, me paraissent... peut-être pas aussi bon mais *bon aussi*, disons. Le rapport coût-efficacité... Moi je trouve que c'est important, dans une période où on nous tanne avec ça ! Autant privilégier les choses vraiment prioritaires et indispensables.

On a un temps relativement restreint dans la journée, on est bien occupés déjà ! La difficulté de démarrage, la question qu'on se pose sur la pérennité. Je pense qu'il va y avoir une évaluation externe, qu'on va être interrogés... du moins j'espère ! car si on n'est pas interrogés... on verra, je ne sais pas, les gens qui travaillent dans le réseau sont des gens qui travaillent très bien, mais est-ce qu'il y avait matière à travailler là-dessus ? Il y a sûrement des choses à faire, mais je pense qu'il faut qu'ils développent le versant « relation avec le secteur social », le versant « retour à domicile » du patient hospitalisé, éventuellement les relations avec les services de soins palliatifs. C'est ça que ça peut apporter, parce qu'en termes de coordination avec les soignants ça se passait déjà très bien.

On a eu l'impression que le réseau a été monté dans un coin qui marche bien pour pouvoir... parce qu'il y a quand même tout le versant informatique derrière... il y a quand même une raison derrière, parce qu'il y a eu un financement public pour développer et valider l'outil informatique... je me demande si on n'a pas choisi déjà un endroit où ça marchait bien pour ne pas avoir à faire trop d'efforts sur le terrain, je me pose la question.

4. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Oui, les difficultés que je rencontre ? C'est plutôt avec l'entourage familial que ce n'est pas toujours facile, surtout si l'entourage familial est assez éloigné. C'est la difficulté à trouver des structures qui puissent recevoir les personnes, ce sont les difficultés avec tout le versant social.

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

Sûrement, mais dans l'immédiat... ce serait évitable à condition d'en avoir les moyens... je ne sais pas si le réseau va apporter des moyens qui répondent à la situation, je n'en suis pas persuadé.

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Vous me parlez de celui du réseau ? [oui] Je pense qu'il est bien, le dossier papier vous voulez dire ? [par exemple] Le DMP papier à mon avis il est trop complexe, il faudrait qu'il soit beaucoup plus simple. Je l'utilise systématiquement pour les patients qui sont inclus dans le réseau, je l'utilise toujours... mais je ne remplis que la feuille de transmission.

La feuille de transmission c'est très bien, les derniers traitements c'est bien, les classements des examens c'est très bien mais marquer tous les paramètres... moi j'estime que pour moi c'est du temps perdu et c'est trop lourd pour une infirmière qui a autre chose à faire et qui n'est pas payée pour ça. Et puis on avait déjà les cahiers de transmissions avec les infirmières qu'on utilisait déjà avant, alors c'était moins formalisé c'est un cahier genre cahier d'écolier mais ça se passait très bien. Et personnellement moi j'ai des dossiers informatisés sur le PC portable que j'emmène en visite au domicile du patient, donc ça ne change pas grand-chose pour moi en terme de pratique.

7. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?

Celles du réseau ? Je n'y suis pas encore allé ! Pour mes patients qui sont inclus ? Oui on a au moins une réunion d'inclusion et théoriquement une réunion de suivi annuelle, si j'ai bien compris. Donc c'est vrai que les réunions d'inclusion bien sûr on les a toutes faites puisqu'à chaque fois qu'un patient est inclus, que ce soit à ma demande ou à la demande du patient, de la famille... parfois j'ai eu des demandes je ne sais pas bien d'où elles venaient... mais ça normalement c'est fini... J'ai eu l'impression qu'on a eu des demandes pour gonfler le réseau au départ, mais qui semble-t-il ont disparu, en tout cas c'est ce qu'on nous a dit...

Donc ces réunions d'inclusion j'y suis allé. Les réunions qu'il va y avoir régulièrement de... [pause] comment dire, annuelles, oui j'irai, encore faut-il qu'il y ait un intérêt, on va voir. Je n'ai pas assez de recul pour vous le dire.

8. Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?

Ce dont je vous parlais : faciliter le retour à domicile des patients hospitalisés. Bon, faciliter la coordination entre les différents intervenants, bien sûr, mais ça existait déjà alors... Et surtout développer le versant social, la coordination avec le secteur social. Je pense que là-dessus, le réseau peut avoir particulièrement d'efficacité.

Médecin Généraliste n°7 [MG7]

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?

On ne me demande pas mon avis ! Quand notre patient arrive et qu'il est inclus...
A vrai dire je n'ai jamais proposé à un patient de participer... si le patient veut être inclus dedans moi je ne m'y suis pas opposée, voilà. Mais je n'ai pas signé la charte d'adhésion, ça non...

2. Quels avantages voyiez-vous à participer au réseau MAD ?

Il y a un bilan de départ qui est bien, mais après non, je ne vois pas d'autres avantages. Ce qui est très bien, c'est que ça m'a fourni des outils d'évaluation... et c'est une bonne chose, parce que... sauf que le patient n'a pas été réévalué par la suite, je ne sais pas si ça a été prévu à un an, les patients que j'ai... bon alors ils ont les beaux classeurs avec... mais il n'y a pas de suite.

Mais ça c'est bien déjà cette évaluation de départ parce que ça m'évite à moi d'aller chercher, mais il n'y a pas d'échange s'il y a d'autres questions avec le médecin coordinateur, je ne sais pas trop s'il ne veut pas intervenir ? Moi j'aurais bien discuté avec lui après l'évaluation par exemple, pour savoir... m'aider dans mon travail.

Ce que je souhaiterais c'est qu'il y ait une autre évaluation, un peu plus régulière. J'ai un patient qui a été vu, point. Il y a eu après une seule réunion, une tentative de réunion, mais il y avait des personnes qui ne se sont pas venues... alors je me suis retrouvée avec des questionnaires et puis on n'a jamais plus refait de réunion. Je réfléchis... je ne sais plus combien j'ai de patients dans le MAD, deux ou trois...

Ça pourrait je pense marcher, ils seront certainement très critiques envers nous, diront qu'on ne bouge pas, qu'on est dans l'attente... en voyant ce qu'on peut faire, on aura des arguments à donner aux gens pour les maisons de retraites et autres.

Il faut dégager du temps et puis s'organiser tous pour que ce soit efficace... je pense qu'il y a des choses qui sont bien, après est-ce qu'il fallait faire un réseau pour ça... je pense qu'il y a des choses qu'il peut nous apporter et qui nous seront utiles. Après la charte, ça ne me semble pas nécessaire de financer les médecins... on le fait pour être plus efficaces, pour s'améliorer, pas... [pour l'argent].

3. Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?

Non, l'inconvénient... [long silence... relance : « qu'est-ce qui peut décourager un médecin à s'investir dans le réseau MAD ? »] La peur que ça me prenne beaucoup de temps, mais finalement ça ne prend pas beaucoup de temps parce que je ne m'investis pas beaucoup ! Il pourrait y avoir une utilité mais en pratique... eh bien, je ne sais pas pourquoi, on ne voit pas beaucoup d'utilité. Bon ... je n'ai pas signé la charte car je ne vois pas pourquoi je prendrais de l'argent pour pas grand-chose, alors que je le ferais de toutes façons ! je veux dire, je suis prête à m'investir pour mes patients qui en ont besoin, mais pourquoi signer la charte... je l'ai fait pour Onco38 et franchement, j'étais un peu gênée de recevoir de l'argent pour ça. Je n'avais pas l'impression d'en avoir fait plus que ce que j'aurais fait [sans le réseau].

4. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Oh oui ! Des épuisements de soignants, de la famille... souvent ce sont des proches qui prennent en charge des patients lourds, il y en a qui sont hospitalisés, il y en a... qui sont, justement, parce qu'ils ont fait une chute, qui se retrouvent hospitalisés... [il y a aussi] le problème des gens qui se retrouvent tous seuls chez eux, avec les aides à domicile qui ne peuvent passer que deux fois par semaine.

Là j'ai une famille avec un monsieur plus ou moins grabataire, donc on essaie de le mettre au fauteuil la journée, ça c'est lourd, alors on a mis des aides matin et soir mais pour sa femme c'est lourd, on est un peu dans l'impasse. On a des infirmiers qui sont super, qui peuvent faire deux passages par jour, et la famille qui assure le reste en passant tous les jours, les kinés deux fois par semaine. En gros c'est ça.

Par contre j'ai un monsieur qui est très isolé qui n'a personne, du moins qui est fâché avec sa famille, qui accepte encore les infirmiers, et encore... quand je vais voir plus souvent il est suspicieux. J'aimerais bien pour ce monsieur avoir un avis gériatrique... Là le MAD pourrait nous aider à prendre en charge, il y a d'ailleurs la kiné qui a proposé... l'inclusion au MAD et puis, je ne l'ai pas encouragé. Je ne l'ai pas découragé non plus, mais il n'avait pas envie, et je ne suis pas allé dans le sens de la kiné en disant « oui, c'est la solution ». Je lui ai expliqué qu'il avait le choix, que ce n'était pas obligé... et je regrette beaucoup [de ne pas avoir insisté pour l'inclure au réseau MAD] puisque... mais bon de toutes façons je ne sais pas s'il aurait accepté les aides.

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

Me retrouver à hospitaliser les patients qui auraient pu rester ? Ah non, moi les patients que j'hospitalise, après j'ai toujours dit « ouf, heureusement que je l'ai hospitalisé ! ». [relance : Donc vous n'avez jamais été en situation d'avoir hospitalisé un patient faute de pouvoir organiser son maintien à domicile ? »]
Non, je n'ai pas vraiment d'exemples...

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Je suis tout à fait favorable... Ah, vous voulez dire le gros classeur ? [Oui...] Euh, bon, je trouve que c'est une bonne chose. C'est vrai qu'il est bien fourni... mais c'est long à remplir surtout pour les infirmiers, nous on écrit dans les commentaires libres, donc voilà... eux ils ont des cases, c'est sûrement plus fastidieux à remplir !

7. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?

J'ai été sollicitée deux fois, et plus rien depuis. Pourquoi pas, mais bon... Il manque du monde à chaque fois, des infirmiers qui ne sont pas là, des gens qui n'ont pas trouvé [le lieu du siège du réseau MAD] mais je pense que c'est une bonne idée, quitte à avoir un autre médecin, le coordonnateur, pour discuter, ça ne me dérangerait pas...

8. Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?

Un peu plus d'échanges... Il n'y a pas de coordination. Pour mes patients inclus, je ne sens pas du tout la présence du réseau. A la réunion des médecins on va peut-être en parler. Il y a la première évaluation, la mise en place du classeur et puis c'est tout. Moi j'ai demandé une diététicienne pour un patient car je crois qu'il ne pourrait pas la payer, mais je n'ai pas été informée qu'il en a vu une depuis...

Médecin Généraliste n° 8 [MG8]

1. Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?

C'est-à-dire de façon active ? Je n'ai pas signé la charte. Sinon mes raisons... je n'en ai pas de particulière en dehors du fait que je l'ai ressenti comme quelque chose d'imposé. Donc du coup, présenté dans nos réunions de formation, avec des patients qui étaient inclus sans forcément mon avis. Je ne me voyais pas non plus refuser leur inclusion car c'était leur demande, c'était peut-être intéressant pour eux quand même... Mais c'est vrai que je n'ai pas eu le temps de m'investir activement dans les choses.

2. Quels avantages voyiez-vous à participer au réseau MAD ?

J'ai surtout ressenti l'intérêt par rapport à la prise en charge par un psychologue possible, ce serait pris en charge pour les patients qui d'habitude n'en ont pas les moyens, donc ça c'est quand même une chose importante et c'est un point positif.

Peut-être aussi le fait que ça entraîne des réunions systématiques... c'est vrai que si on n'est pas dans le réseau on va plutôt prendre son téléphone et appeler séparément chaque professionnel, au lieu de se rencontrer tous une fois car ça demande du temps, de la mise en place, etc... Alors que quand c'est fait par le réseau, eh bien c'est tel jour telle heure, et tout le monde se libère. C'est fait plus spontanément. Et je pense que c'est quand même plus constructif de se rencontrer tous en même temps.

Toujours sur le plan positif j'en attends... [pause] je trouve que vraiment le manque d'ergothérapeute ici est vraiment gênant, même si je comprends que la demande ne serait pas suffisante pour que quelqu'un s'installe ici. Justement par le biais du réseau ce serait intéressant. Mais je crois que ce n'est pas encore possible. Bref voilà, pour les prestations qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, je pense que le réseau a son importance.

3. Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?

Le temps ! C'est l'inconvénient principal. Après, indifféremment du système de télécommunication ? Je trouvais que ce système n'est pas facile à utiliser, ce n'est pas pratique et ça fait perdre du temps. Sinon à propos du réseau MAD lui-même, c'est peut-être le temps que ça prend en réunion, c'est lourd.

Alors d'un autre côté les réunions sont importantes, mais parfois il y a des patients qui sont inclus et qui ne le nécessitent pas ! Je ne vois pas pour eux l'intérêt du réseau, et ça nous engendre des réunions qui ne sont pas très intéressantes. Pour certains patients effectivement c'est bien, mais pas pour toutes les personnes qui sont à domicile... Il y a des gens qui ont été

intégrés au réseau [alors qu'] ils n'ont aucune pathologie sévère, certes ils ont 85 ans mais bon, mais je ne vois pas l'intérêt d'une prise en charge en réseau pour eux, voilà.

4. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

J'en ai une en mémoire, suite à un AVC... le problème que je rencontre avec elle c'est un problème d'appareillage... on n'a pas du tout de formation là-dessus, sur les attelles qui ne sont pas adaptées... donc là je suis un peu embêtée là-dessus !

Après c'est le côté social qui pose souci, parce que s'ils sont vraiment seuls, s'il n'y a pas d'enfants... pour gérer tout ce qui est administratif... c'est aussi un obstacle. Au niveau des repas, j'ai l'impression que ça tourne relativement bien... le portage des repas, avec le réseau de soins à domicile ça marche quand même bien ! Côté soin pur, infirmier et aide-soignant ça roule bien, il n'y a pas de problème. C'est plus le côté social, le plus difficile.

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

[Silence] C'est vrai qu'on peut être embêté s'il y a des éléments qu'on n'a pas, la famille ce n'est pas toujours fiable... Après sur nos patients en fin de vie en général on laisse nos coordonnées, du moins moi à domicile je laisse le dernier courrier du spécialiste, pour que ce soit clair. Autrement non... en général chacun gère ses patients donc ça va.

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Le problème c'est qu'il n'est jamais à jour ! Il ne peut jamais être à jour, ce qui est logique... A chaque fois que je veux chercher quelque chose dedans, je ne trouve pas ce que je veux, c'est quand même embêtant ! Des fois j'ai plus de choses dans le petit cahier des infirmières qui mettent le pouls, la tension...

[Donc il reste un cahier de l'infirmière même chez les patients inclus dans le réseau MAD ?] Oui, il y a plusieurs patients qui ont les deux... C'est le problème !

Effectivement, sinon ce serait idéal d'avoir à la maison le dossier du patient avec toutes les infos... [mais] les lettres de spécialistes n'y sont pas... les antécédents c'est intéressant quand on ne connaît pas le patient on a au moins ça sous les yeux... après quand c'est son patient je trouve que ça n'apporte pas grand-chose. Pour les patients qu'on ne connaît pas ça donne toujours une idée... et sur le plan administratif c'est toujours intéressant d'avoir le numéro du fils, du correspondant, etc.

7. Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent ?

Oui, j'en ai fait quelques-unes. C'est intéressant de se retrouver avec plusieurs professionnels, c'est plutôt constructif... Chez ceux qui avaient vraiment une nécessité de prises en charge, quand il y a matière à discuter [pas] chez celui qui a une hypertension équilibrée, qui est autonome qui conduit, là je ne vois pas...

C'est intéressant pour rencontrer les autres professionnels, même s'il y a déjà un bon lien grâce à la proximité. On faisait déjà des réunions en commun, par le biais de la société de formation, qui est ouverte à tous les médicaux et les paramédicaux. Ça permettait de se rencontrer entre kinés, infirmières, de se connaître aussi de visu, je pense que c'est grâce à ça

qu'on se connaît plus. Il y a même les sages-femmes, les pharmaciens, sur certaines rencontres ils peuvent venir.

8. *Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?*

[Reformulation : « Que pourrait vous apporter la coordination des soins par le réseau MAD ? »] C'est tout ce côté recherche, contact, présentation du patient à un psychologue, à un ergothérapeute, que ça puisse être fait... que ça nous enlève de la lourdeur à nous, après ce n'est pas une grosse charge d'appeler non plus, de proposer que les patients soient suivis.

Aussi, que les comptes rendus de RCP soient faits par le réseau, ça c'est quelque chose qu'on ne va pas faire sinon, déjà si on va aux réunions...

Médecin Généraliste n° 9 [MG9]

1. *Pouvez-vous commenter votre décision de participer ou non au réseau MAD ?*

Si au début comme tout le monde j'étais un peu curieuse... quoique je n'en ressentais pas le besoin... je n'avais pas identifié de besoin parce que je trouve qu'ici on est dans un endroit qui est quand même assez privilégié sur ce plan-là, c'est-à-dire qu'on croise sans cesse les autres confrères et les paramédicaux, donc je ne trouvais pas ça du tout difficile de se coordonner avec ces gens-là, qu'on voyait très régulièrement. Et puis comme la façon dont ça s'est passé ne m'a pas plu, eh bien, je... voilà, je ne participe pas.

2. *Quels avantages voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Si ça se passait de façon confraternelle et dans le respect de la vie de chacun, ce serait intéressant ! Mais en pratique ça ne se passe pas comme ça donc... donc en pratique ça ne se passe pas quoi ! En théorie oui, mais en faut-il qu'il y ait un besoin. Le besoin, là, a été identifié par un médecin en particulier qui a souhaité mettre en place cette chose-là, et qui n'a pas écouté l'avis des autres médecins disant qu'ils n'avaient pas de mal à coordonner.

J'imagine qu'il y en a d'autres qui disent la même chose que moi ? [Acquiescement] Donc voilà, après lui il a un besoin, il a fait un truc, voilà... je n'ai rien d'autre à ajouter. Ce n'était pas la bonne façon de s'y prendre.

3. *Quels inconvénients voyiez-vous à participer au réseau MAD ?*

Eh bien, c'est toujours pareil, l'inconvénient c'est qu'il se passe des choses dans mon dos ! Le médecin coordinateur va faire des bilans à mes patients, sans prévenir, sans demander mon avis, et ça ne me plaît pas ! Moi je suis gériatre en plus, c'est mon premier métier, donc je veux dire, que le médecin coordonnateur vienne faire des bilans psychométriques à mes patients, je ne prends pas ça très bien ! C'est mon job, je les fais si j'estime que c'est judicieux de les faire !

Et puis le côté systématique, on n'est plus dans l'humain... on est dans le réseau donc il faut avoir tel bilan, tel bilan, tel bilan... quel que soit ce dont la personne a pu avoir besoin,

on fait les bilans parce que le réseau fait les bilans. Tout le monde a des classeurs, alors on met tout dans les classeurs. Les gens se sentent dépossédés de leurs ordonnances, de leurs affaires... les gens ne comprennent pas. Pourquoi jusqu'à présent ils avaient leur ordonnance et maintenant c'est dans le classeur ? Ils ont l'impression *qu'on leur a prise*. C'est fait sans aucune délicatesse... C'est *systematisé*, mais le systématique ça doit être fait au service de l'homme, de l'humain. Et là il au service de la structure, et pas au service de l'homme.

4. Rencontrez-vous des difficultés par rapport aux patients en perte d'autonomie ?

Je ne gère pas *seule* des patients en perte d'autonomie... Je les gère avec les infirmiers, les kinés, l'ADMR, l'assistante sociale... Je fais autant appel par moi-même aux paramédicaux que le réseau, ni plus ni moins...si, plutôt moins depuis qu'il y a le réseau ! Plutôt moins. Parce que comme il y a un frein, il y a eu une marche arrière qui a été mise par plein de gens, il y a même des paramédicaux qui ne veulent plus faire les réunions de coordination tellement ils se sont fait [censure] avec le mode de fonctionnement. C'est très très négatif globalement. Enfin je ne sais pas ce qu'en pensent mes confrères...

5. Dans votre expérience, quelles circonstances ont pu aboutir à une hospitalisation évitable ?

On est limité par la réalité, parce que quand les gens ne peuvent pas rester seuls la nuit, c'est une hospitalisation évitable sauf que la société ne peut pas proposer de suivi nocturne. Le maintien à domicile a des limites, qui sont des limites sociétales.

Si les gens ont besoin d'une présence tout le temps, le système de maintien à domicile – structurel, je ne parle pas de celui du réseau - ne peut pas proposer une surveillance à domicile, ce n'est pas possible. Donc en théorie les gens pourraient rester chez eux, en pratique on n'a pas les moyens de leur proposer quelque chose qui convienne, donc on atteint les limites de l'organisation sociétale et on est obligés d'hospitaliser les gens.

Et puis après il y a les limites des hommes, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui ne se supportent pas les uns les autres, les infirmières qui ne supportent pas le côté perte d'autonomie physique, la fin de vie... Il peut y avoir des choses difficiles, comme ça, où on atteint les limites humaines de l'un ou l'autre individu. C'est humain, ça aussi...

6. Que pensez-vous du dossier médical partagé ?

Je pense que c'est une bonne idée en principe... et en pratique c'est une usine à gaz ! Plus on aura d'informations à disposition, mieux ce sera... en ce qui concerne les gardes. C'est plutôt pour les patients des autres médecins qu'on voit en garde, et puis ça peut peut-être permettre d'avoir les courriers de sortie d'hôpital avant trois mois ! De toute façon tant qu'il n'est pas rédigé on ne l'aura pas, DMP ou pas ! Car le problème c'est la rédaction.

C'est une bonne idée, mais en pratique pour l'instant la réalisation est trop lourde pour qu'elle soit adoptée. Pour l'instant il faut encore faire en deux fois, dans le DMP et dans le logiciel de gestion, il n'y a pas de code simple entre les deux. Donc en pratique ça augmente considérablement notre travail. Il faudrait qu'on puisse identifier dans notre logiciel de gestion des choses en disant « on clique », « on colle dans le DMP » et que ça se mette tout seul. Donc en pratique, ça ne correspond pas à ce qu'on peut faire au quotidien. C'est une

belle idée, une idée d'avenir indéniablement mais aujourd'hui c'est trop lourd. La réalisation est trop lourde.

7. *Que pensez-vous des RCP et des protocoles de soins qui en découlent?*

Je suis allée aux deux ou trois premières... Les réunions de concertation, c'est moi qui les organise, c'est-à-dire que je propose aux gens qu'on parle de Mme Machin et je demande s'ils sont d'accord, en général les gens sont d'accord alors on se voit en buvant le café. Et pour ça on n'a pas besoin de l'infirmière du MAD qui vient avec son imprimante, son bazar, qui branche ses fils et qui remplit des fiches. Elle remplit des protocoles, elle fait des croix... ce n'est pas l'humain ça. Ce n'est pas l'échange entre les gens, ce n'est pas les gens qui peuvent parler des patients, dire ce qu'ils ressentent, parler des difficultés qu'ils ont. Elle, son intérêt c'est de remplir des protocoles, mettre des croix partout, d'imprimer des beaux papiers. Ça ne m'intéresse pas. Ça s'appelle le protocole pour le protocole, pas le protocole pour les gens. Je n'ai jamais vu qu'un protocole, tel qu'il est conçu dans ce MAD, améliore la vie des gens. Il améliore la névrose du concepteur, c'est sûr... je suis désolée que vous enregistriez ça mais c'est ce que je crois personnellement. Il n'améliore pas la vie des patients, et c'est très dommage.

Après je me suis dit, j'ai deux patients dans le MAD : OK, je vais faire les évaluations... mais après il faut que ça serve à quelque chose, que ça ait du sens, que ça corresponde à une évolution de la prise en charge, de la personne... Un jour l'infirmière de coordination décide qu'il faut faire une réunion de concertation pour M. Machin. Pourquoi ? Sur quel critère ? Je réponds que je n'en vois pas la nécessité, et puis voilà.

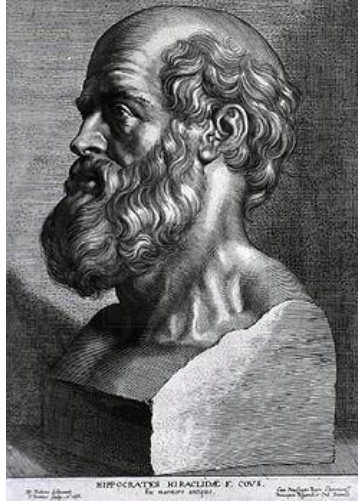
Et puis aussi, on fait la réunion de concertation pluridisciplinaire de M. Machin, on se mobilise, il faut savoir qu'on est un lieu fermé et qu'on est tous les mêmes personnes à s'occuper de M. Machin. Il y a trois kinés, quatre infirmières, x médecins, l'ADMR etc. On va se réunir à un temps t pour parler de M. Machin, et puis la semaine prochaine pour M. Truc et la semaine d'après pour M. Bidule ? Attendez... c'est ridicule.

Là les gens viennent prendre le café, on parle de tous nos patients, ça dure deux heures et après c'est fini, quoi !

8. *Qu'attendez-vous du service de coordination du réseau ?*

Je n'attends rien, plus rien malheureusement. J'attendrais qu'il se pose les bonnes questions... je serais fortement impressionnée s'il prenait en compte les résultats de votre thèse, mais je n'y crois pas une seconde. Je pense qu'ils font une étude pour faire une étude, parce que là encore ça alimente la névrose du concepteur, qui est ceci-dit quelqu'un de hautement estimable et de très dévoué à la collectivité, mais il n'a pas l'air d'écouter ce que disent les gens depuis l'an dernier...

J'attendrais qu'il prenne en compte réellement ce que nous avons à dire et qu'il fasse évoluer leurs méthodes en fonction de ce que les professionnels ont à dire. Voilà ce que j'attends d'eux aujourd'hui.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.