Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes

Benjamin Leroy

▶ **To cite this version:**

Benjamin Leroy. Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02096589

HAL Id: dumas-02096589

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096589

Submitted on 11 Apr 2019

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2019 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par

Benjamin LEROY

Né le 24 Mai 1987 à L'Aigle

Présentée et soutenue publiquement le 07 Mars 2019

Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre Fainsilber

Membres du jury : Monsieur le Docteur Joel LADNER

Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard

LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie

Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES** Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED** Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 03 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être présentées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Loup HERMIL, pour m'avoir fait non seulement l'honneur de présider mon jury et m'avoir écouté à plusieurs reprises quand mon avenir et mes choix étaient incertains, veuillez croire en l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Joel Ladner, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Emmanuel Hazard, merci pour votre participation à ce jury de thèse ainsi que votre disponibilité et engagement au sein du département de département de Médecine Générale.

À mon directeur de thèse, le Docteur Pierre FAINSILBER, je te remercie de m'avoir proposé ce sujet et la direction de cette étude. Tu as du supporté mon caractère parfois changeant face au stress dès mon intrusion au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Gaillon en Novembre 2015 pour mon stage SASPAS. Je pense que cela vaut bien tous les remerciements et la gratitude possible car cela représente une force d'esprit indéniable et on y sera finalement arrivé à aboutir ce travail…

À tous les médecins ayant participé de près ou de loin à cette étude dont plus particulièrement les 10 médecins ayant accepté l'exercice de l'entretien semi-dirigé, je vous remercie sincèrement.

A Karine Weill, qui a été d'une grande aide également dans l'aboutissement de ce travail par la relecture et la réponse aux centaines de questions ou de précisions qui m'envahissent parfois. Tu as toujours su être d'une grande disponibilité et d'une grande efficacité. Merci !

A Sophie, la plateforme ne serait pas ce qu'elle est également sans ton investissement au quotidien, ta gentillesse et tes compétences.

A tous mes collègues de la MSP de Gaillon, vous savez ce que chacun d'entre vous représente pour moi, merci de me supporter parfois même dans mes délires pas toujours compréhensibles de prime abord.

A ma famille : ma maman, mon papa, mon frère, ce travail vous est dédié. Vous avez toujours eu à cœur que je mérite le meilleur. Tout n'a pas été toujours des plus évident (« c'est pas évident » ☺) mais j'ai toujours su qu'à partir du moment où on le souhaite le meilleur peut finir par arriver. Merci mille fois de m'avoir soutenu dans ce long voyage. L'amour sans faille existe et c'est à vous que je le dois.

A mes grands-parents, Marie Laure, Bernard, Jean-Claude, vous avez et aurez toujours une place importante dans ma vie et dans mon cœur. Vous avez permis que je grandisse et m'épanouisse pleinement. Je tenais également à citer et honorer ceux qui ne sont malheureusement plus près de moi, votre amour pour l'enfant que j'étais m'a forgé et construit à vie.

A mes oncles et tantes, parrain et marraine, cousins germains, cousins plus éloignés et pourtant si proches, mes neveux, nièce, et mes filleuls. Vous avez été et êtes tous présents dans ma vie car la famille a toujours été importante. Vous suivez chacune de mes péripéties avec intérêt et m'apportez une confiance sans faille.

A toute ma belle-famille, vous m'avez tous si bien accueilli dès le début. J'ai toujours senti que je faisais partie pleinement de cette famille originale et festive comme vous dites. Le terme de Borderline n'a jamais été aussi présent dans mes discussions qu'à partir du moment où vous l'avez utilisé et pourtant j'en ai appris le sens dans mes livres.

A toi Jérémy, tu as du supporter le quotidien d'un étudiant stressé, impulsif, fatigué parfois puis d'un médecin perdu, agacé pas toujours épanoui qui finit par se poser des questions et revoir sa vie autrement et d'une façon différente tous les mois. Une chose est sûre tu es la partie inconditionnelle et pérenne de cette équation et la vie est devant nous, les projets nous attendent, plus farfelus les uns que les autres comme à notre habitude.

A mes amis de Lycée, dans un premier temps, Elodie, Eugénie, Hélène, Clément, on ne se voit pas si souvent et nous avons pris des chemins différents pourtant le noyau dur reste et c'est toujours aussi agréable.

A mes amis de « faculté », Kamelia et Andréa, vous avez été auprès de moi quelles que soient les épreuves vécues. Bien évidemment, ne définissant pas l'amitié par une vue professionnelle commune, vous représentez bien plus pour moi que des simples amis de « faculté ». A toi Emma, qui a également une place toute particulière dans mon cœur, merci mille fois du soutien sans équivoque et de ton aide également très précieuse dans ce travail. A Laura, Adrien, Camille, Romain L et Romain B, Julien, Pierre, Merci d'être présents dans ma vie.

A toi ma sœur de cœur, Cyril, tu sais que sans toi, tout serait beaucoup plus fade. Merci également de me faire partager ta vie, ta famille, tes amis qui sont devenus également les miens, dont l'accueil dans leur vie a toujours été chaleureux.

A toi Fanta, tu as permis que je révèle une partie de moi que je soupçonnais sans connaitre. Tu as toujours soutenu chacun de mes choix sans langue de bois et avec franchise. Tu sais que je ne serais pas la même personne sans toi dans ma vie et pour ça merci. On continue, on se sait. Mention spéciale à toi aussi Steve, on est là.

Rose, Alexis, Manou, Laura, Charlotte, Amy, Audrey, Iliona, Alexane, Cault, Olivia, Asmaa, Héléne, Hicham, Lulu, Kaezy, Sara et j'en oublie très certainement… Merci !! Encore et encore merci d'être de si belles personnes. La Team Instinct non cité et pourtant si présents, merci !!

A la Team Erisay, mon Pouipoui d'amour, Doudou, Mathilde, Alex, Justine, Marc, Max chouchou et Max R, Marie, Jocelyn, Xavier, Fred, Delphine, Séverine… Vous êtes dans ma vie depuis pas si longtemps et pourtant j'ai l'impression que vous l'êtes depuis toujours. Merci !!

SOMMAIRE

LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN 2

SERMENT D'HIPPOCRATE 12

REMERCIEMENTS 13

SIGLES ET ABREVIATIONS 18

INTRODUCTION 20

LA NOTION DE SITUATION COMPLEXE 21

1. La situation complexe dans la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016 21

2. La pensée linéaire et le modèle biopsychosocial face à la complexité en médecine générale 21

3. La notion de situation complexe à l'étranger 23

LES DISPOSITIFS DE SANTE EN FRANCE 24

1. Définition et évolution 24

1.1 Apparition des réseaux de soins français 24

1.2 Fragilité, disparité et décentralisation 25

1.3 L'organisation des soins primaires à l'étranger 25

1.4 Coordination et qualité au service de l'individu 27

2. Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : réglementation et structuration 28

2.1 La loi de modernisation du système de santé 28

2.2 Les missions de la Plateforme Territoriale d'Appui 28

3. Le territoire Vexin Seine Normandie 29

3.1 Territoire géographique et démographique 29

3.2 Les institutions existantes 30

MATERIEL ET METHODE 32

1. Description et objectifs de l'étude 32

2. Population et Territoire 32

3. Données recueillies et Analyse des résultats 33

RESULTATS 34

PARTIE I : POPULATION DE NOTRE ETUDE 34

PARTIE II : Sondage par voie dématérialisée 34

1. Réponses à un exemple précis 34

2. Connaissance de la mise en place de la PTA sur leur territoire 35

PARTIE III : Entretiens individuels 35

1. Que signifie pour vous la notion de situation complexe ? 35

2. Vous sentez-vous en difficulté dans la gestion de ce type de situation ? Si oui, Pourquoi ? 36

3. Quelles sont les structures auxquelles vous vous référez actuellement dans ce cas ? 37

4. Avez-vous connaissance de la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui depuis Janvier 2018 sur votre territoire et ses principales fonctions ? 38

5. Selon vous, que vous manque-t-il à la prise en charge des patients en situation complexe ? 39

6. Avez-vous en tête un exemple d'une situation complexe que vous auriez rencontré ? Quelles sont les principales difficultés qu'elle vous a posées ? 39

7. Quelles seraient les principales qualités, pour votre pratique quotidienne, d'une telle structure ? Que pourrait-elle vous apporter ? Dans quelle mesure peut-elle vous aider? 41

DISCUSSION 42

1. Caractéristiques de la population interrogée 42

2. Limites et biais de l'étude 42

3. Forces de l'étude 43

4. Interprétation des principaux résultats obtenus 44

4.1 Les situations complexes 44
4.2 Les difficultés face à ce type de situation 44
4.3 Les structures connues 45
4.4 La PTA et ses fonctions 45
4.5 Les manques dans la prise en charge des situations complexes 46
4.6 Les principales qualités d'une structure de coordination selon les médecins généralistes. La PTA peut-elle être vue comme réponse à leur difficulté ? 46

5. Deux exemples concrets de coordination d'appui en France 47

5.1 La PTA Odyssée 47
5.2 La PTA des Landes 48
5.3 Discussion sur le mode d'organisation de la PTA Vexin Seine Normandie 49

CONCLUSION 50

BIBILIOGRAPHIE 51

ANNEXES 53

Annexe 1 : Entretien Thèse PTA 53
Annexe 2 : Territoire de la PTA Vexin Seine Normandie 54

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
BMJ	British Medical Journal
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GHT	Groupement Hospitaliers de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
KP	Kaiser Permanente
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle Infantile
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
SAMETH	Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
URML	Union Régionales des Médecins Libéraux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La complexité grandissante de prise en charge des patients modifie le champ d'activité des médecins généralistes. L'émergence de pathologies chroniques corrélée au vieillissement de la population modifie les pratiques. En 2006, 29% des patients âgés de 15 ans ou plus de l'Union Européenne déclaraient être atteints d'au moins une pathologie chronique. En 2030, 69% des décès dans le monde seront imputables aux maladies chroniques contre 59% en 2002. Les médecins généralistes sont confrontés à la gestion de situations psycho-sociales souvent préoccupantes avec mise en péril de l'état de santé de leur patient.

La question de la capacité de réponse hospitalière est bien-sûr en jeu, le dysfonctionnement de l'un impactant directement l'autre. Or, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a examiné plusieurs scénarios possibles et met en avant la saturation de l'hôpital public d'ici 2030 sur le simple fait du vieillissement de la population couplé à plusieurs facteurs administratifs et démographiques dont la baisse de la densité médicale avec, pour cause initiale, l'instauration du numérus clausus 1972(1).

Nous nous confrontons donc à une réelle problématique dans un futur proche ayant conduit les différents gouvernements à repenser de façon globale la notion de prise en charge médicale de la population française. Les Agences Régionales de Santé (ARS) instaurés en Juillet 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) se voient affecter un nouveau rôle depuis peu : l'aide à la mise en place de nouveaux réseaux de soins primaires à l'initiative et pour les médecins de ville d'un territoire. En effet, l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé de Janvier 2016 prévoit le cadre législatif pour favoriser la création de Plateformes Territoriales d'Appui par les acteurs de santé soutenus par chaque ARS pour la prise en charge coordonnée de situations complexes médico-sociales.

En tant qu'interne de Médecine Générale sur la Maison de Santé pluridisciplinaire de Gaillon, dans l'Eure, je me suis vu confronté concrètement aux conséquences de cette évolution. Les départs en retraite des médecins traitants du secteur et la complexification des prises en charges, autant dans le domaine médical que social, alourdissent nos consultations et allongent les délais de rendez-vous. La population est vieillissante et nécessite un soutien social et paramédical à domicile important. Or les institutions et structures en place sont souvent mal connues, nombreuses et complexes à mettre en place dans des délais qui semblent raisonnables. On peut donc s'interroger sur une organisation plus lisible et plus simple d'aide à la mise en place et à la coordination des outils à notre disposition dans la prise en charge de nos patients. Par conséquent, quels sont les besoins ressentis des médecins généralistes dans la prise en charge médico-sociale des situations complexes du territoire Vexin Seine Normandie ? La Plateforme Territoriale d'Appui créée peut-elle répondre à leurs attentes ?

LA NOTION DE SITUATION COMPLEXE

Aucune définition médicale pragmatique de la notion de situation complexe n'existe à ce jour. Le dictionnaire Larousse définit comme « complexe » : « *qui contient plusieurs parties ou plusieurs éléments combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement claire pour l'esprit : compliqué, difficile à comprendre.* »

1. La situation complexe dans la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016

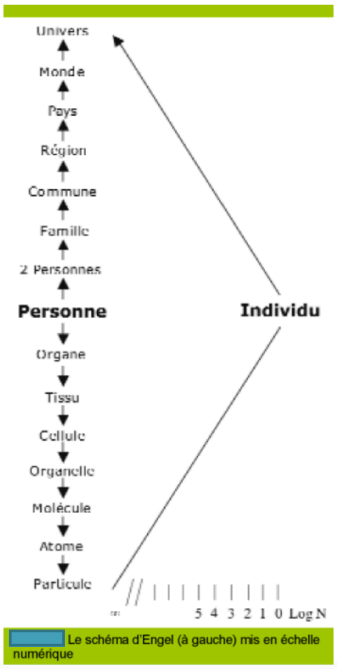
La loi tente une clarification de la notion en précisant qu'il s'agit de *patients atteints d'une ou de plusieurs pathologies ou handicaps auxquels s'ajoutent une problématique sociale, médico-sociale, psychologique et économique rendant nécessaire l'intervention de plusieurs professionnels médicaux, sociaux et médico-sociaux.*

2. La pensée linéaire et le modèle biopsychosocial face à la complexité en médecine générale

Un article de Stadler en 2006 oppose notre méthode de pensée et de formation dite linéaire à la complexité de certaines situations(2).

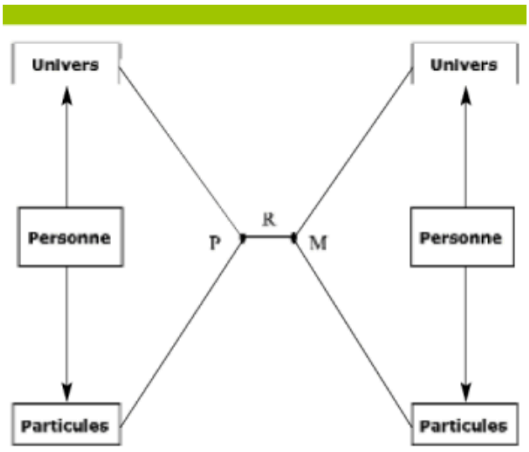
Dans le modèle de pensée linéaire, le médecin part d'une problématique, d'une demande précise pour aboutir un diagnostic. La réflexion passe par une anamnèse, des antécédents, un interrogatoire, un examen clinique et pour finir des hypothèses, un diagnostic et un traitement adéquat.

Un autre modèle vient élargir cette méthode et modifie la pratique des médecins généraliste : le modèle Biopsychosocial(3). Le patient est perçu dans sa globalité et non comme une question biomédicale. Ce modèle est introduit par Engel en 1977(4). Il s'agit *d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.* Il est admis dans ce modèle qu'une catégorie est prépondérante à priori. Le modèle biopsychosocial s'applique aux situations complexes avec une vision plus globale du patient et de sa complexité. Engel a illustré une personne comme individu composé de multiples particules organisées de façon complexe entre elles et s'illustrant au sein d'un univers également complexe. Le patient comme le médecin doivent interagir dans cette complexité et trouver un équilibre dans leur relation (Fig. 1 et 2).



Le schéma d'Engel (à gauche) mis en échelle numérique

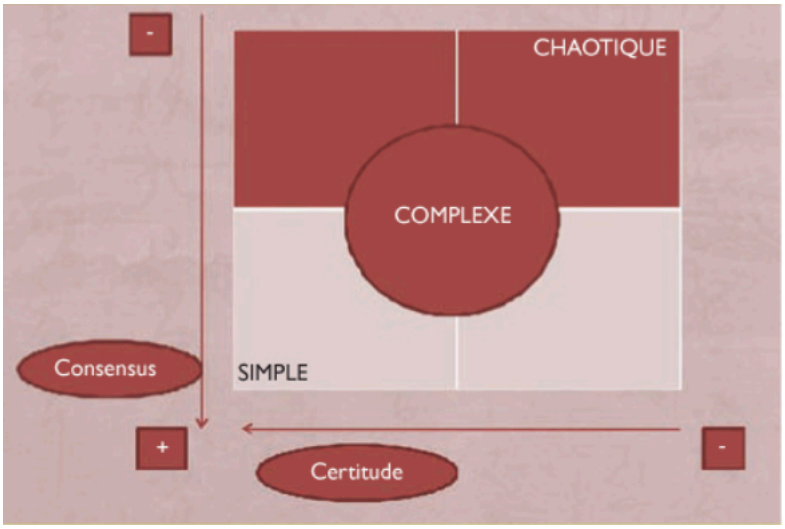
Fig.1



Le médecin (M) est également un système complexe qui s'intègre dans le système complexe du patient (P) par la relation (R)

Fig. 2

La complexité est schématisée par Stacey comme à mi-chemin entre la simplicité et le chaos. Le modèle biopsychosocial, non applicable à une situation simple, démontre qu'une problématique sociale peut à elle seule venir perturber l'équilibre de l'état de santé du patient. La maladie, représentée par une situation chaotique, est l'instabilité de cet équilibre. On peut prendre l'exemple du diabète qui est déséquilibré par la mauvaise observance médicamenteuse comme l'absence d'exercice physique et une mauvaise alimentation. L'hospitalisation de l'aidant principal est un motif de non prise du traitement et donc de déséquilibre du diabète par exemple. L'environnement est donc un élément à prendre en compte dans la prise en charge et source de complexité.



3. La notion de situation complexe à l'étranger

Le *British Medical Journal* a consacré 4 articles en 2001(5)(6)(7)(8) à cette notion de complexité en médecine générale et a tenté d'en donner une définition: "*A complex adaptive system is a collection of individual agents with freedom to act in ways that are not always totally predictable, and whose actions are interconnected so that one agent's actions changes the context for other agents".* On comprend que la complexité réside en la multitude de facteurs ou d'individus qui interagissent les uns avec les autres souvent de façon non prédictible et dont l'action de l'un pouvant aller à l'encontre de l'autre.

La littérature anglo-saxonne s'est interrogée sur le rôle du médecin traitant (ou dit « de famille ») face à la complexité des situations cliniques. Le médecin généraliste se doit d'avoir par définition une approche globale, médicale, somatique et psychosociale de son patient et de son entourage prenant le plus souvent en charge toute une famille et ce depuis plusieurs années et générations.

Le BMJ amène également une opposition intéressante dans un de ses articles(5), à l'instar du lien entre linéaire et complexité, entre le terme « *competence » et « capability ». Competence*, terme anglo-saxon, est définit par ce que le praticien sait ou ce qu'il est capable de mettre en application en termes de connaissances et de compétences. A la différence *capability* amène la notion d'évolution des connaissances, de formation et d'adaptation de ses compétences. Il apparait donc important pour qu'une prise en charge adaptée de ce type de situation puisse se faire, que le médecin ne mette pas en application ses seules connaissances acquises mais bien sa vision globale, modulable, adaptative et en constant enrichissement de son champ de compétence.

De la complexité clinique a découlé une évolution de notre système de santé sur le plan national et international. Je m'intéresse donc dans un second temps à la description des différentes transitions historiques des dispositifs de soins.

LES DISPOSITIFS DE SANTE EN FRANCE

1. Définition et évolution

1.1 Apparition des réseaux de soins français

La notion de réseau de santé est définie dans le Code de la Santé Publique depuis le 5 Mars 2002 par l'article L6321-1 et stipule : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.* » Un réseau de santé se définit donc typiquement par la pluralité des professionnels et prises en charge et intéresse soit une catégorie de pathologie soit une tranche d'âge ou un groupe de population.

Le premier réseau de soins destiné à une tranche d'âge particulière apparait en 1936, sur décision de Mr Henri Sellier, ministre de la Santé Publique et maire de Suresne, par la création d'une commission de coordination des soins et aides apportés aux personnes âgées dans chaque département(9). Mais ces créations à visée gérontologique ne remportent pas un grand succès, leur déploiement et activités sont très disparates en fonction de chaque département.

Les années 80, 90 puis 2000 ont vu successivement émerger les soins infirmiers à domicile (SSIAD), les réseaux de soutien des personnes âgées tels que les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) puis les Méthodes d'Action pour l'Intégration d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) centrées sur les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En parallèle de cette évolution dans la prise en charge d'une catégorie de la population que représente la personne âgée, des réseaux de soins spécifiques à une pathologie ont été créés.

Les dispositifs anti-tuberculose ont vu le jour en 1914 et ont été précurseurs de réseaux de soins et de prévention centrés sur les pathologies tels que le cancer, la toxicomanie ainsi que, plus tard, le diabète, les patients atteints de traumatisme crânien et le VIH ; et ce dès 1945 avec la création, par ordonnance, de la sécurité sociale et la séparation entre soins et prévention(10).

Mais les différences de gouvernance de la république française avec les choix opérés au cours de ces années ont fragilisé un système prometteur.

1.2 Fragilité, disparité et décentralisation

En effet, dans un souhait de décentralisation et de transfert des compétences de l'État vers les départements dès le rapport Laroque de 1962, la notion de secteur voit le jour. La coordination sociale est alors sous la responsabilité des préfets et à l'initiative des différents directeurs de ce que l'on appelle, de nos jours, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Le financement des différents projets dépend alors de leur « efficacité » sans réelle outils d'évaluation et les crédits alloués sont utilisés de façon bien différente selon les localités (création de nouveaux projets au lieu de promouvoir l'existant etc…).

Le système est d'autant plus fragilisé que deux logiques opposées se confrontent : l'assurance maladie vouée à une politique centralisée, avec une vision focalisée sur la pathologie et les collectivités locales dont le maitre-mot est la prise en charge globale de l'usager. C'est ce qui est appelé un problème de « dépendance au sentier », la politique du passé venant à l'encontre ou freiner celle du futur.

De plus, les professionnels de santé et d'autres acteurs de terrain vont impulser une autre dynamique en parallèle de ce maillage et créer de nouveaux projets et actions à l'échelon local pensant répondre de façon plus concrète à leurs propres problématiques. Une « dynamique d'expérimentation » qui a ses propres limites, autant dans le financement que dans la promulgation et la pérennisation de son existence, rendant parfois plus qu'aléatoires l'espérance de vie des actions mises en œuvre.

Les soins en France auront donc vu le jour via un empilement de réseaux et autres projets de soins, sans réelle liaison entre eux, avec une opacification des fonctionnements et des canaux d'interpellation des dispositifs rendant leur utilisation floue, et compliquée pour les professionnels de santé et les patients.

La question des réseaux de prise en charge pluridisciplinaire se pose en France mais également à l'étranger où les systèmes de santé peuvent représenter un exemple à appliquer.

1.3 L'organisation des soins primaires à l'étranger

La définition des soins primaires est apparue lors de la conférence d'Alma-Ata en Septembre 1978. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dit alors que les soins primaires sont « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »(11).

En France, les soins primaires sont définis dans la circulaire n° DGOS/PF4/2016/382 du 9 Décembre 2016 : « *Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé* »

A l'échelle internationale, trois modèles « types » peuvent être individualisés et décrits(12).

Le modèle dit « normatif hiérarchisé » : l'organisation des soins primaires est définie par la loi ainsi que le rôle de chaque professionnel et le financement qui en résulte. Par exemple, la Catalogne a découpé des régions géo-démographiques de 5 à 25 000 habitants pour lesquels un ou plusieurs centres de santé pluridisciplinaires sont référents à la prise en charge des soins primaires. En Suède et en Finlande, les soins primaires sont également la base de l'organisation du système de santé, avec l'existence de Centres de Santé au sein desquels sont regroupés les médecins généralistes, infirmiers et autres professionnels paramédicaux. Dans ces différents pays, la responsabilité revient aux collectivités locales qui ont la possibilité de financer les soins par des impôts locaux ou taxes, l'État n'intervenant qu'entre 10 à 17% du budget global. Les ratios de professionnels sont définis suivant la densité démographique. La coopération interprofessionnelle est forte entre médecins généralistes et paramédicaux. Les médecins spécialistes ont un exercice majoritairement hospitalier.

Le modèle « professionnel hiérarchisé » au Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie et Nouvelle-Zélande : ils n'ont pas de définition structurée des soins primaires mais une vision universelle solidaire de la santé. Le médecin généraliste est le pivot de l'organisation et a une fonction de tri pour l'accès aux soins. Les médecins spécialistes exercent également dans ce modèle majoritairement à l'hôpital (hormis en Australie). Les missions de chacun ne sont pas réglementées mais induites par leur profession. Ils ont néanmoins un projet global de santé de proximité et exercent pour la plupart en groupe. Le médecin généraliste a donc un rôle de *gate keeper* freinant l'accès à l'hôpital à leurs indications. Ils ont également un rôle majeur de prévention et de coordination en lien avec leur organisation en groupe pluri professionnel. Sur le plan économique, la gestion des ressources leur est également confiée en organisation externe au cabinet (*Primary Care Trust* au Royaume Uni et *Independant Practice Associations* en Nouvelle-Zélande). En Australie et aux Pays-Bas, des groupes de médecins généralistes territoriaux (*Divisions of General Practice*) mutualisent les ressources pour des projets communs (éducation thérapeutique, prévention…).

Le modèle « professionnel non hiérarchisé » en Allemagne: il est caractérisé par l'absence de projet global, territorial ou populationnel, des soins ambulatoires. Le médecin généraliste exerce seul et les médecins spécialistes en ambulatoire comme en milieu hospitalier. Il n'existe pas de parcours de soins et le patient peut avoir accès à chaque professionnel sans pénalité financière pour la plupart des schémas. Le financement est mixte, public et privé. L'accessibilité aux soins primaires est parfois compliquée malgré le fait que certains centres de santé tentent de voir le jour dans les zones les plus sous-denses.

Un autre exemple d'organisation des soins, centré sur une logique plus économique, existe aux États-Unis : les « *Kaiser Permanente* »(13). La KP est un réseau de soins intégrés en Californie regroupant une assurance maladie, un regroupement d'hôpitaux (tous à but non lucratifs) et des médecins (dits *Permanentes)* indépendants libéraux. En 2013, ce groupe comptabilisait 9 millions d'assurés, 38 hôpitaux, 608 cliniques, 174 400 employés, 17400 médecins et 48300 infirmiers et ce, dans 8 régions des États-Unis (14). Elle est née en 1941 de l'association d'un industriel Mr Henry Kaiser et d'un médecin le Dr Garfield qui imaginent ensemble une nouvelle compagnie d'assurance maladie. Il en découle un système de santé composé de plusieurs associations de médecins « permanente » en centres de soins, d'hôpitaux et de fondations administratives spécialisés dans la prise en charge des pathologies chroniques avec le patient comme principal acteur de sa propre santé. La prévention et l'éducation thérapeutique sont la base de leur méthode (avec des résultats concrets dans la réduction du tabagisme par exemple). Les « kaiser permanente » proposent à ses assurés une prise en charge pluridisciplinaire regroupant au même endroit les différents acteurs médicaux, paramédicaux et d'aides sociales qui les concernent.

1.4 Coordination et qualité au service de l'individu

La notion de coordination se définit par *« la mise en ordre, agencement calculé des parties d'un tout selon un plan logique et en vue d'une fin déterminée* ». La création des MAIA et des équipes mobiles gériatriques est la première avancée en termes de coordination. Ils représentent les premiers « méta-réseaux » visant à mettre en lien les différentes ressources médico-sociales bénéfiques à la prise en charge et au maintien à domicile de la personne âgée dépendante(9).

L'individu comme centre des préoccupations et acteur proactif de sa santé a permis de mettre en avant la nécessité de projet de soin individuel et de qualité des soins. Les lois du 4 Mars 2002, du 11 Février 2005 et celle du 21 Juillet 2009 (HPST)(15) définissent les droits du malade, l'objectif de qualité du système de santé et la participation de la personne à « … *la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».*

La coordination sera vu comme réponse à la problématique de maintien de la qualité des soins et du besoin de réorganisation autour du patient et non plus au travers du seul prisme de sa pathologie.

2. Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : réglementation et structuration

2.1 La loi de modernisation du système de santé

Dans un contexte de réseaux de soins flous et dysfonctionnels, et en réponse à un défaut de densité médicale, la prise en charge du patient se trouve de nouveau restructurée et reformée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016.

Elle prévoit, par l'article L. 6327-1 du Code de la Santé Publique(16), « *Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers* ». La Loi vise à réduire ainsi les hospitalisations évitables ou inutiles et la rupture du parcours de soin.

Les Agences Régionales de Santé viennent donc soutenir et financer la création, à l'initiative des professionnels de santé du territoire, de plateformes d'appui à la coordination des parcours de soins complexes.

2.2 Les missions de la Plateforme Territoriale d'Appui

Les trois missions des plateformes territoriales d'appui selon la loi et le décret 2016-919 du 04 Juillet 2016(17) sont précisées ainsi :

1) *L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.*
2) *L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.*
3) *Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.*

La première mission est une simple information du professionnel de santé pour l'éclairer sur les ressources locales mobilisables et utiles à la prise en charge de son patient. C'est une mission qui permet également de diriger le médecin généraliste vers le réseau « de référence » existant, qu'il pourra le cas échéant interpeller directement par la suite.

La deuxième correspond à la gestion de parcours à proprement parler avec évaluation multidimensionnelle et coordination des ressources autour du patient.

La dernière mission prévoit une diffusion d'outils au repérage des situations complexes et l'élaboration de protocoles pluri professionnels.

Interviennent alors dans l'équipe plusieurs professionnels tels que les coordinateurs de parcours ou d'appui, inspirés des « gestionnaires de cas MAIA » ainsi qu'un chef d'orchestre de l'équipe ainsi formée, intervenant en structuration de projet, en coordination institutionnelle, en référent administratif et financier du conseil d'administration de la structure porteuse.

En fonction de l'organisation de chacune de ces plateformes, l'équipe peut être composée d'un médecin d'appui, médecin généraliste et coordinateur médical de la plateforme, venant en soutien à l'élaboration des Plans Personnalisés de Santé lors des réunions de concertation.

Les professionnels habilités à intervenir directement auprès du patient sont les coordinateurs de parcours, dont les prérogatives vont jusqu'à la gestion de cas (en anglais « *case management* »), qui se définit comme « *une stratégie d'organisation et de coordination des soins et des services qui a la particularité de concerner le niveau de la personne et de son entourage* ». Ils sont pour la plupart issus du champs social ou paramédical et évaluent les besoins du patient pour permettre un maintien optimal à domicile et prévenir la rupture du parcours de santé.

3. Le territoire Vexin Seine Normandie

3.1 Territoire géographique et démographique

Le territoire Vexin Seine Normandie comprend six cantons sur une superficie d'approximativement 1300km2 (annexe 2). Les zones urbaines les plus importantes sont les villes de Gisors, Vernon et Gaillon avec deux Centre Hospitaliers. Il est constitué de 148 739 habitants en 2014, représentant 25% du département de l'Eure. On dénombre 33 335 personnes âgées de 60 ans ou plus soit 22% de la population de ce territoire.

Le nombre de médecins généralistes installés est de 115 correspondants à 77 pour 100 000 habitants contre 89 pour 100 000 en France métropolitaine selon les données de l'ARS en Février 2017. Le département de l'Eure fait partie des dix départements les plus défavorisés en matière de densité médicale(18).

L'avenir n'est pas des plus propices également avec un départ en retraite de plusieurs médecins généralistes autour de Gaillon et Les Andelys sans reprise de la patientèle à l'heure actuelle assombrissant d'autant plus la démographie médicale d'ici 2022 selon INSEE(19).

3.2 Les institutions existantes

Plusieurs institutions et réseaux de soins sont actifs sur le territoire. En parallèle des centre hospitaliers, EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et Résidence pour Personnes Âgées (RPA), on peut citer :

1) Le GHT (Groupement Hospitalier Territoire) Seine-Eure, pays d'Ouche, ciblant une coopération étroite dans 11 filières de soins entre l'hôpital et la ville pour limiter les ruptures de soins.
2) MAIA, Méthode d'Action pour l'Intégration d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie, créée en 2015 pour la région Gaillonnaise, vise à améliorer et coordonner les soins pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie. La MAIA est sous la direction du conseil départemental.
3) CLIC, Centres Locaux d'Information et de Coordination également destinés aux personnes âgées et leur entourage dans la gestion des aides sociales.
4) Les services locaux de petite enfance et toute la délégation sociale du Conseil Départemental.
5) La MDPH, Maison Départementale des Personnes Handicapées.
6) SSIAD, Services de Soins Infirmiers à Domicile.
7) Services privés d'auxiliaires de vie.
8) CCAS, Centres Communaux d'Action Sociale, amené à aider la population d'une commune dans le cadre des aides sociales.
9) Les structures de coordination des soins, HAD, santé mentale (en cours), pédiatrie, addictions, soins palliatifs.

Les intervenants sont donc nombreux et variés avec quelques zones d'ombre selon l'âge ou la pathologie du patient. En effet, la population adulte de moins de 60 ans et sans handicap est non représentée ainsi que les patients atteints de pathologies psychiatriques par exemple.

Cette nouvelle structure a donc comme objectifs de pallier ces manquements et de faciliter la coordination de l'accès à ces différents services d'aide à la personne dans le domaine médico-social et économique dans un contexte où la situation est dite complexe.

Il apparait donc que l'évolution des pratiques médicales et celle des soins primaires en France s'orientent vers une présence prépondérante de la problématique médico-sociale au quotidien des professionnels. Il me semblait donc important de s'intéresser à ce sujet et d'explorer ce qu'en perçoivent les médecins généralistes du territoire d'étude.

MATERIEL ET METHODE

1. Description et objectifs de l'étude

Cette étude qualitative a été menée après un sondage dématérialisé auprès de médecins généralistes d'un territoire prédéfini par la zone d'intervention de la Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie avec inclusion des réponses du 1er Novembre 2017 au 31 Janvier 2018.

Dans un second temps, des entretiens semi-dirigés ont été effectués pour préciser la réponse à notre question.

L'objectif principal est l'évaluation des besoins des médecins généralistes concernant la gestion des situations complexes en pratique libérale, ainsi que l'adéquation des missions de la PTA à leurs difficultés.

Les objectifs secondaires sont d'explorer :

- Les causes ressenties par les médecins concluant à la complexité d'une situation par un exemple précis.
- La connaissance de la mise en place de la Plateforme Territoriale d'Appui en question et promotion de celle-ci.

2. Population et Territoire

Le questionnaire a été soumis aux médecins généralistes installés avec pour seul autre critère d'inclusion le territoire géographique d'exercice (cf carte). Celui-ci a été calqué sur la zone d'intervention de la MAIA lors de la mise en place de la PTA.

Les médecins ont été contactés par mail à l'aide de l'URML Normandie qui a pu, à partir de nos données personnelles, compléter et soumettre le lien du sondage à l'ensemble des contacts souhaités.

Les entretiens individuels ont été proposés à 18 médecins choisis pour leur diversité d'âge et de mode d'exercice (en groupe ou isolé). Ils ont été contactés une première fois par mail puis relancés à deux reprises.

3. Données recueillies et Analyse des résultats

Le sondage a été effectué et diffusé sur le site surveymonkey.com, outils de questionnaire en ligne. Les données sont analysées par les options statistiques du site dans un premier temps et retranscrites à plat sur tableaux Excel.

Les entretiens individuels ont été effectués dans le lieu d'exercice de chaque praticien, enregistrés via une application mobile puis retranscrits en fichiers Word et encodés via le logiciel NVIVO. La méthode d'étude qualitative utilisée est une analyse descriptive thématique.

RESULTATS

PARTIE I : POPULATION DE NOTRE ETUDE

Les 115 médecins généralistes du territoire Vexin grâce aux données de l'URML ont été contactés puis relancés à deux reprises par mail. 38 d'entre eux soit 35,18% ont répondu au questionnaire en ligne sur les 38 médecins répondeurs, 32 ont rempli le questionnaire de façon intégrale soit 29,63% dont 13 femmes (40,63%) et 19 hommes (59,38%).

La moyenne d'âge est de 47,20 ans dont 51,32 ans pour les hommes et 43,07 ans pour les femmes. La durée d'installation moyenne est de 15,81 ans dont 11,38 ans pour les femmes et 20,23 pour les hommes.

Le lieu d'installation est majoritairement semi-rural (76,92% des femmes contre 15,38% en zone urbaine et 7,69% en zone rural et 42,11% des hommes contre 31,58 en zone urbaine et 26,32 en zone rurale).

A l'issue du sondage, 18 médecins dont le mail a été renseigné ont été contactés pour des entretiens ouverts individuels anonymes. 10 ont répondu positivement après trois relances soit 55,56%. Parmi les 10 réponses positives, on retrouve 4 femmes et 6 hommes. La moyenne d'âge est de 44,7 ans (39 ans pour les femmes et 48,5 pour les hommes).

8 d'entre eux se déclarent travaillant en zone semi-rurale et 2 en zone urbaine. La totalité d'entre eux travaillent en groupe.

PARTIE II : Sondage par voie dématérialisée

1. Réponses à un exemple précis

Il leur a été décrit un exemple clinique concret que je cite ici pour compréhension : « *Lundi matin 8h, Jean vous appelle, affolé. Il vous annonce le décès brutal de sa mère de 73 ans, ce week-end, après un malaise à domicile (transport SAMU aux urgences). Vous êtes leur médecin traitant depuis plus de 10 ans.*

Jean vit seul avec sa mère dans un appartement du centre-ville, sans autre famille proche. Jean est un homme de 55 ans psychotique, diabétique de type 2 sous ADO + 15 UI de Lantus et souffre de trouble du rythme sur cardiopathie ischémique nécessitant un traitement par Anti-Vitamine K. Il travaille en milieu protégé et rentre chez lui tous les jours en taxi. Il vous dit voir le psychiatre régulièrement pour son traitement. Jusqu'à présent, sa mère assurait efficacement la bonne gestion de sa prise en charge médicale et de

son quotidien. Jean est en incapacité de le faire. La situation vous touche, vous tenez à organiser au mieux le maintien sécurisé à domicile de Jean pour ne pas le déstabiliser. »

Sur les 38 médecins ayant répondu, il en ressort : 65,79% jugent la situation complexe par manque de temps, 50% par méconnaissance des structures, 63,16% par méconnaissance des personnes ressources et 86,84% par la multiplicité des intervenants.

Quand il leur a été demandé leur réponse à la problématique : 13,16% auraient eu recours à une hospitalisation non programmée ou un service d'urgence, 18,42% à une hospitalisation programmée contre 55,26% qui auraient choisi un maintien à domicile sous leur surveillance.

De plus, 52,63% déclarent présenter 4 ou plus situations qu'ils jugent comme complexes par an. Cette fréquence étant expliquée selon eux par l'isolement en milieu rural, le vieillissement de la population et les lenteurs administratives.

2. Connaissance de la mise en place de la PTA sur leur territoire

42,42% déclaraient avoir connaissance de la création d'une plateforme territoriale d'appui sur leur territoire d'exercice. Lors des entretiens individuels, tous avaient connaissance de celle-ci dont les fonctions et missions leur ont été de nouveau précisées.

PARTIE III : Entretiens individuels

Pour affiner la réponse à notre question, des entretiens individuels ont été effectués et en voici les principales notions mises en exergue. Par souci de cohérence, chaque notion va apparaitre par ordre croissant de fréquence à l'issue des différents entretiens. Je reprends ici les grandes thématiques de mon guide d'entretien et restitue les réponses des médecins interrogés.

1. Que signifie pour vous la notion de situation complexe ?

Les médecins mettent en avant la notion de difficulté sociale interférant avec les soins : « quand il y a beaucoup d'éléments non médicaux … de circonstances sociales ».

Ils définissent la complexité comme médicale pure lorsqu'il y a présence de pathologies complexes avec une prise en charge spécialisée parfois difficile à mettre en place par manque de correspondants et de disponibilité : « qui présente des pathologies déjà complexes », « complexe sur le plan médical tout simplement », « des correspondants médicaux que j'aurais du mal à joindre ».

Le lien entre la problématique sociale et médicale est source de complexité en proportion équivalente. Le champ médico-social est vécu comme source de difficulté à la prise en charge des patients : « une prise en charge médico-sociale complexe ».

La multiplicité des intervenants autour d'un même patient, vue comme inhérente à la prise en charge médico-sociale, est citée comme définissant une situation comme complexe « c'est une situation où il y a plusieurs intervenants ».

La communication difficile avec ces derniers est relatée. La méconnaissance de ceux-ci et leur unique disponibilité sur les horaires de consultation chargées met les médecins dans une situation de difficulté et d'isolement face à leur patient : « j'aurais du mal à les joindre », « les intervenants ne sont pas forcément compatibles avec mes horaires de consultation » et « plusieurs intervenants que l'on connait peu ».

La prise en charge de ce type de situation est vécue comme une perte de temps là où ils estiment ne pas en avoir assez : « c'est une situation qui va me prendre du temps, difficile à gérer sur un temps court de consultation ».

L'isolement du médecin face à son patient est également lié par l'absence ou la défaillance de l'entourage ou de l'aidant principal. Les informations absentes alors que nécessaires de la part de l'entourage d'un patient atteint de troubles cognitifs par exemple, est source de complexité : « tu peux te poser des questions et ne pas avoir d'information de la part de l'entourage », « quand le membre du foyer devient défaillant ».

L'un des médecins a cité la notion de difficultés organisationnelles des soins, de coordination comme pourvoyeuse de complexité dans ses prises en charge.

2. Vous sentez-vous en difficulté dans la gestion de ce type de situation ? Si oui, Pourquoi ?

Les dix médecins interrogés déclarent se sentir en difficulté face à la gestion des situations complexes.

Ils déclarent comme difficulté l'absence de formation lors de leur cursus à la problématique sociale que leur pose ces situations : « nous n'avons pas la formation ». Ils précisent qu'ils n'ont pas la connaissance de la totalité des aides et des intervenants disponibles pour leur patient : « il faut trouver le bon numéro, le bon

contact », « la non maîtrise voir la non connaissance des différents intervenants ». Ils ajoutent également la difficulté qu'ils ont à les mettre en lien et « gérer » les différentes ressources : « je ne me sens pas en mesure de gérer tous ces acteurs ».

Ils manquent de temps pour gérer ces situations qui demandent une prise en charge globale vécue comme « chronophage » : « on n'a pas forcément le temps », « difficile de placer ce temps ou plutôt ces temps-là dans les consultations ».

La notion de temps est importante aussi dans le délai de prise en charge : une urgence médico-sociale est vécue comme non compatible avec les délais d'interventions des différents acteurs et sera dans ce contexte plutôt gérée par le médecin que par un intervenant : « cela demande du temps alors que certaines situations sont urgentes », « une patiente qu'il fallait assez rapidement mettre en maison de retraite ».

Ils font face à la présence de multiples intervenants. Leur connaissance et le moyen de les mettre en place est une difficulté dans ce type de situation : « la non maitrise voir la non connaissance des différents intervenants ».

Ils se sentent en difficulté par la présence d'élément non médicaux venant en plus de leur prise en charge qu'ils n'arrivent pas à solutionner : « des éléments non médicaux qui m'en empêchent », « tout ce qui interfère en plus, moi je ne peux rien faire pour ça », « le contexte social va mettre un frein à ma prise en charge médicale ».

Ils estiment que ces situations demandent une vision globale objective avec un recul suffisant qu'ils ne sont pas amenés à avoir le temps d'une consultation : « il faut avoir un recul suffisamment important ».

La mise en place des dossiers de demande d'aide ou de prise en charge est une explication à leur difficulté. Les modalités administratives sont ressenties comme trop complexes à la mise en place d'une prise en charge optimale.

Ils mettent en avant l'absence de conditions optimales des soins avec des délais de prise en charge, également sur le plan médical, trop longs : « ne pas pouvoir mettre en place la prise en charge médicale optimale, celle que j'aurais pu faire si toutes les conditions avaient été réunies », « un secteur hospitalier avec parfois des délais importants ».

3. Quelles sont les structures auxquelles vous vous référez actuellement dans ce cas ?

Je leur ai demandé de citer les structures auxquelles ils font appel actuellement dans le cadre d'une problématique médico-sociale à domicile.

La structure la plus citée lors des entretiens est le CLIC à 7 reprises sur 10. Vient ensuite l'hôpital utilisé comme solution à leurs problématiques malgré la perspective d'un non maintien à domicile puis les assistantes sociales de secteur et les services sociaux communaux. En dernier lieu de celles citées à plusieurs reprises apparaissent les professionnels paramédicaux de secteur et la PMI.

Parmi les structures mentionnées qu'une seule fois dans les entretiens, on retrouve :

- La MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie)
- La MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- La CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail)
- La CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)
- Les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- Le SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés)

La PTA était connue alors et certains d'entre eux l'ont nommée comme interlocuteur depuis sa création : « la Plateforme Territoriale d'Appui qui est en train de se créer ». Il faut malgré tout mettre en avant une réserve émise par l'un d'entre eux qui l'utilise à titre « expérimental ».

Un des médecins a déclaré ne faire appel à aucune structure avant la mise en place de la PTA par méconnaissance de celles-ci : « avant la PTA, je ne faisais intervenir aucune structure parce que je ne les connaissais pas ».

Il faut souligner que pour 6 médecins parmi les 10 interrogés les structures étaient soit connues en nombre faible (seulement le CLIC pour l'un d'entre eux) soit leurs rôles ou fonctions étaient perçus comme défaillants ou flous : « encore faut-il qu'il soit accessible », « sans grand retour », « des fois je la connais et des fois je ne la connais pas ».

4. Avez-vous connaissance de la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui depuis Janvier 2018 sur votre territoire et ses principales fonctions ?

Il leur a été demandé s'ils avaient connaissance de la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui dans leur secteur ainsi que ses fonctions. 9 d'entre eux ont déclaré en avoir connaissance (rappelons que les entretiens arrivent dans un second temps à la suite du sondage auquel ils ont normalement participé). 3 ont dit ne pas connaitre ses fonctions et dans quel cadre les mettre en œuvre : « je ne sais pas où placer la PTA dans le

problème médical ». Pour 2 autres médecins, son rôle était flou sans visualisation de son champ d'action : « dans la pratique comment ça va vraiment se mettre en place ».

Pour chacun d'entre eux, les fonctions et mise en pratique concrète de la PTA ont été exposées, pour que chacun parte sur le même socle de connaissance pour la fin de l'entretien.

5. Selon vous, que vous manque-t-il à la prise en charge des patients en situation complexe ?

Ils expriment majoritairement un manque de temps et de connaissance comme vu également plus haut comme source de difficulté.

La réactivité est une préoccupation qui conditionne l'efficacité de la prise en charge médico-sociale : « il manque une meilleure réponse », « il manque une réponse immédiate ».

Ils souhaitent un référent unique, un professionnel dédié à la problématique des situations qu'ils jugent complexes avec un axe dédié à la santé : « un interlocuteur unique », « quelqu'un qui soit plus orienté santé ».

Le besoin de centralisation, de coordination et de prise en charge globale est cité par deux d'entre eux : « me permets de centraliser », « du temps de coordination », « j'aurai une vision de la situation dans sa globalité ».

Ils ont besoin d'être déchargé d'un poids intellectuel et expriment des situations source d'anxiété. Ils veulent se recentrer sur la prise en charge médicale de leur patient.

6. Avez-vous en tête un exemple d'une situation complexe que vous auriez rencontré ? Quelles sont les principales difficultés qu'elle vous a posées ?

Je poursuis l'entretien par la mise en avant des difficultés de chacun face à un exemple précis qu'ils ont en tête, survenu au cours de leur exercice. Cela m'a permis de connaitre les difficultés qu'ils peuvent mettre concrètement en parallèle des compétences de la PTA.

Les premières difficultés ressenties lors des différents exemples étaient liées à un entourage familial pauvre, défaillant ou non compliant aux décisions médicales évoquées pour le patient : « le mari m'a avoué être très fatigué par le fait de s'occuper de sa femme », « sa femme était plus ou moins ambivalente » dans les décisions de soins à prendre pour son mari, « la voisine qui était une aide au quotidien part en week-end prolongé ».

Viennent ensuite les difficultés liées à une prise en charge médico-sociale complexe en lien avec une pathologie chronique initiale dont l'équilibre quotidien est important pour maintenir un état de santé correct : hépatite C chronique, diabète insulino-requérant et pathologies psychiatriques lourdes.

D'autres sont inhérentes au patient lui-même et à l'observance au traitement ou démarches mises en place pour lui : « un multiple refus de soins de sa part », « sa femme refusait les aides extérieures », « raté ses rendez-vous ».

Ils expriment pour certains un besoin de coordination. La mise en place coordonnée, la connaissance des aides possibles et l'ordre dans lequel les mettre en place représentent une difficulté pour certains médecins interrogés : « pour coordonner tous ces aidants », « quoi faire et dans quel ordre ».

Le temps est de nouveau cité comme source de complexité lors des exemples développés : « cela m'aurait pris beaucoup trop de temps de contacter tous les intervenants », « nous avons eu besoin de temps », « il y a un délai ».

Certaines difficultés sont liées au domaine social pur. Les problèmes financiers ou administratifs du patient venant freiner sa prise en charge : « il a perdu son permis », « le domicile n'était pas du tout prêt à l'accueillir », « n'arrive pas à payer son loyer », « n'arrive plus à s'acheter à manger ».

L'absence de retour des structures interpellées est mentionné comme un élément de difficulté par l'un d'entre eux : « on lance la procédure, on n'a pas de retour alors qu'il suffirait d'un coup de téléphone ».

Une dernière notion a été développée par l'un des médecins interrogés. Il n'avait pas d'exemple précis en tête de situation complexe et a souligné le fait que les situations complexes peuvent être méconnues car les patients peuvent les dissimuler et le cadre de la consultation médicale en cabinet occulte certaines difficultés liées au domicile. De plus, il s'est interrogé sur le simple fait du mode d'entrée de la PTA par le médecin traitant or certains patients ne sont pas suivis par ce biais (patients psychiatriques par exemple) ou n'ont pas accès au système de soins.

7. Quelles seraient les principales qualités, pour votre pratique quotidienne, d'une telle structure ? Que pourrait-elle vous apporter ? Dans quelle mesure peut-elle vous aider?

La notion la plus fréquente qui ressort lors des entretiens est la communication entre la personne qui évalue, suit le patient et le médecin traitant. Ils demandent un retour rapide et fréquent sur l'avancement du dossier et de rester le pilier de la prise en charge : « un retour d'information rapide », « d'avoir un retour, un peu régulier », « j'aurais besoin de savoir où on en est », « associer le médecin demandeur ne peut être qu'un point positif ».

La réactivité comme vue ci-dessus est bien-sûr ressortie lors de cette question de façon récurrente.

Ils expriment le besoin d'une prise en charge globale du patient avec synthèse rapide par écrit et suivi de l'avancement des aides et décisions entreprises avec et pour le patient. Être au courant également de la conclusion du dossier le cas échéant. « PTA puisse faire une synthèse de la problématique », « faire le bilan des aides que l'on peut apporter », « prenne le temps de refaire le point sur la situation », « d'avoir une conclusion ».

Les compétences sont souhaitées avec une bonne connaissance du réseau efficace sur le territoire en lien avec la problématique du patient. La fonction d'information et de formation des médecins aux aides possibles est attendue. « Adresser le patient vers les bons organismes ou les bons services », « m'aider à comment mettre les choses en place ».

Ils veulent une facilité d'accès avec des démarches claires et simples à mettre en œuvre : « j'aimerai qu'elle soit facile d'accès », « une simplification des démarches ».

La coordination est une demande des médecins interrogés : « la PTA pourrait m'aider à tout coordonner ».

DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population interrogée

Pour rappel, les caractéristiques principales des médecins généralistes sollicités pour le sondage par voie dématérialisée sont les suivantes :

- la moyenne d'âge est de 47,20 ans dont 51,32 ans pour les hommes et 43,07 ans pour les femmes

- Le lieu d'installation est majoritairement semi-rural (76,92% des femmes contre 15,38% en zone urbaine et 7,69% en zone rural et 42,11% des hommes contre 31,58 en zone urbaine et 26,32 en zone rurale)

Les caractéristiques des médecins généralistes ayant accepté de participer aux entretiens individuels sont les suivantes :

- La moyenne d'âge est de 44,7 ans (39 ans pour les femmes et 48,5 pour les hommes)

- 8 d'entre eux déclarent travailler en zone semi-rurale et 2 en zone urbaine

- la totalité d'entre eux travaille en groupe.

Rappelons que selon l'INSEE dans l'Eure en 2013, plus de la moitié des médecins a 55 ans ou plus. Ils représentent même plus de 60% dans le territoire de Gaillon-Les Andelys. De plus, le mode d'exercice reste majoritairement isolé dans l'Eure malgré les créations progressives de Maisons de santé Pluridisciplinaire et cabinets de groupe.

2. Limites et biais de l'étude

Mon étude a eu dans un premier temps pour but d'interroger, comme on l'a vu, les médecins généralistes du territoire concerné par l'action de la Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie. Malgré un taux de participation de 35,18% qui peut sembler suffisant, le taux de réponse à chaque question était moindre induisant donc un biais de non réponse.

Cette participation aléatoire et les questions fermées du sondage ont induit une réponse non adéquate à la question de l'étude. Les entretiens en réponses ouvertes ont été fait en ce sens pour mener à bien cette étude qualitative, plus appropriée à répondre à la question. Les médecins ont été sélectionnés par mail avec relance à deux reprises et seulement 10 d'entre eux ont répondu favorablement.

Dans le cadre d'une étude qualitative, on tend à un minimum de 15 entretiens approximativement. Malgré le fait que les réponses au fil du temps sont cohérentes entre elles et redondantes avec l'absence de nouveaux éléments à terme, l'échantillonnage peut être jugé insuffisant : Il s'agit d'un biais de non-réponse.

Comme je l'ai décrit dans le premier paragraphe de cette discussion, la population étudiée n'est pas représentative de la réalité démographique. En effet, les médecins de cette étude qualitative sont jeunes et travaillent en groupe. L'explication de ces caractéristiques est, je pense, liée à l'intérêt porté à ce type d'étude concernant plus particulièrement la nouvelle génération, plus jeune et dont le mode d'exercice en groupe est privilégié. Il s'agit donc d'un biais de sélection. J'ai tenté de le contourner en sélectionnant des médecins d'âge et d'exercice variés mais les non réponses nombreuses ont engendré un groupe non représentatif. Je n'ai pas pu interroger les médecins plus âgés et ayant un exercice isolé et donc vérifier s'ils apporteraient des réponses semblables à celles relevées lors des entretiens.

Cette étude présente également une limite liée à la méthode d'analyse qualitative. Les résultats de ce type d'étude supposent un double codage des verbatims et une vérification des résultats par triangulation. Il aurait été opportun de vérifier les résultats en utilisant deux techniques différentes de recueil des données (quantitative par exemple). Or par manque de temps, j'ai effectué les entretiens individuels dont j'ai été le seul à analyser le contenu. Cette limite peut donc être rapprochée à des biais d'information et d'interprétation, connus dans le cadre d'une étude qualitative.

3. Forces de l'étude

Une étude qualitative à réponses ouvertes est une méthode appropriée à la récolte d'informations dans le domaine médico-social. Ce type d'étude est encore minoritaire dans le domaine scientifique et médical mais vient à se développer en soins primaires. En effet, la problématique médico-sociale est de plus en plus fréquente dans le champ d'activité des médecins généralistes et son analyse est primordiale pour faire évoluer les pratiques et optimiser la prise en charge des patients.

Les données bibliographiques et les études ne sont pas nombreuses dans la prise en charge des situations complexes.

Aucune étude n'a été retrouvée sur notre territoire eurois analysant les besoins ressentis des médecins généralistes et la cohérence des actions médico-sociales entreprises. Une thèse a cependant été effectuée en ex-Basse Normandie par Caroline Tanquerel avec une méthode différente par une analyse descriptive quantitative à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées graduées, dont il ressort des résultats confortant ceux mis en évidence dans mon étude.

Même si la notion de saturation des réponses est à mon avis un non-sens dans le cas d'une étude qualitative, les réponses de chaque entretien sont cohérentes entre elles et surtout redondantes avec l'absence de nouvel élément assez vite atteint et confirmation par le dernier entrepris. Néanmoins, il faut souligner le fait que l'on ne peut en aucun cas prédire l'absence de réponse intéressante et nouvelle lors d'entretiens futurs.

4. Interprétation des principaux résultats obtenus

4.1 Les situations complexes

Alors qu'il leur a été demandé de définir ce qu'est pour eux une situation complexe, les médecins interrogés mettent en avant, en premier lieu, le caractère médico-social de ces situations. Ils estiment qu'au-delà d'une situation médicale qui peut s'avérer complexe par la simple présence d'un pathologie chronique, l'addition de difficultés sociales touchant leur patient est la principale source de complexité dans leurs prises en charges.

En effet, la multiplicité des intervenants venant s'articuler autour du patient demande une bonne connaissance des réseaux et des contacts ne faisant pas partie de leur formation initiale et la coordination de ceux-ci rend la situation complexe. Outre cette méconnaissance, ils ajoutent que la communication et leur interpellation est difficile.

Le ressenti des médecins et la définition des situations complexes dans la littérature et la loi, condition d'action des Plateformes Territoriales d'Appui, coïncident. Une situation est en effet jugée comme complexe à partir du moment où s'ajoute à la pathologie chronique une problématique médico-sociale, psycho-sociale ou économique.

4.2 Les difficultés face à ce type de situation

L'absence de formation à la gestion médico-sociale dans le cursus médical est une difficulté majeure. Comme je l'ai décrit dans l'évolution des soins primaires en France, les réseaux ont évolué et se sont multipliés sur plusieurs dizaines d'années. Le maillage est disparate, aléatoire et inhomogène selon le territoire d'exercice et jugé flou et inaccessible. Les médecins décrivent une méconnaissance de ceux-ci, avec des fonctions variées et peu claires ne permettant pas leur mise en place pour les patients. L'absence jusqu'alors de coordination suppose que celle-ci soit faite par le médecin traitant qui ne se sent pas en mesure d'être efficace pour ce rôle.

Il faut souligner également la notion de temps qui représente un enjeu souvent souligné par mon étude. J'ai pu mettre en évidence que cette problématique a deux lectures distinctes. La première, les médecins n'ont pas le temps suffisant à l'évaluation optimale de la situation de leur patient et à la mise en place des aides utiles pour lui. Le temps de consultation est jugé trop court et non adapté. Or la prise en charge globale avec une vision synthétique est nécessaire mais prend du temps. La seconde, certaines situations médico-sociales jugées urgentes demandent une prise en charge rapide soit à domicile soit par les structures d'hébergement. Mais, la réactivité et la charge administrative sont incompatibles selon eux.

De plus, les difficultés sont aussi liées à la différence entre le besoin de rapidité de prise en charge spécialisée ressenti par les acteurs des soins primaires et la réactivité parfois défaillante des recours secondaires, hospitaliers ou libéraux. On observe donc une inadéquation dans les différentes « cultures » professionnelles. Il faut tenter d'harmoniser les notions de rapidité de prise en charge et d'urgence pour chaque intervenant.

4.3 Les structures connues

Je me suis aperçu que les différentes possibilités en matière de prise en charge sociale ou paramédicale à domicile sont très pauvres dans les connaissances des médecins généralistes. Certains d'entre eux ne peuvent citer qu'une seule structure voire aucune lors de mes entretiens. Cette question vient confirmer concrètement la méconnaissance des médecins généralistes dans ce domaine. Au-delà de laquelle on peut supposer que cela induit une certaine perte de chance pour certains patients avec un recours hospitalier plus important.

4.4 La PTA et ses fonctions

La connaissance de la mise en place de la PTA sur leur territoire est bonne même s'il faut la mettre en parallèle au biais de sélection et d'information par l'intérêt que portent naturellement les médecins interrogés au sujet, ayant été dans un premier temps interpellés par le sondage web. Par contre, les fonctions sont plus floues pour eux. Il apparait que la définition et les missions ne sont pas concrètes pour le moment et demandent à être précisées. J'ai donc tenté d'éclaircir celles-ci par l'usage d'exemples concret. Cela m'a permis de promouvoir notre PTA et ses fonctions. Je me suis aperçu que les méthodes de communication en matière de santé ne sont pas si évidentes et consensuelles. La compréhension des nouveaux outils mis en place par et pour les médecins généralistes ne doit pas être prise pour acquise par le simple fait d'un décret de loi. La communication au contact sur le terrain est primordiale pour une diffusion de notre outil.

4.5 Les manques dans la prise en charge des situations complexes

Bien entendu, à ce moment de l'entretien, il ressort de nouveau le manque de temps et de connaissance des structures. On voit bien que ces problématiques sont majeures dans mon étude.

Mais d'autres notions intéressantes sont apparues également. Ils ont exprimé le besoin de réactivité lors de leurs différentes demandes. Actuellement, les structures ne sont pas assez réactives et efficaces selon eux.

Ils souhaitent un référent unique, centré sur la prise en charge médico-sociale de leurs patients et la coordination des structures et intervenants autour de lui. Ce référent doit être accessible simplement, par téléphone avec un délai court d'action. Ils voient en cette coordination une décharge mentale et donc une simplification de leur fonction.

4.6 Les principales qualités d'une structure de coordination selon les médecins généralistes. La PTA peut-elle être vue comme réponse à leur difficulté ?

Les médecins interrogés expriment le besoin d'une prise en charge globale de leurs patients à la suite d'une évaluation rapide de la situation auprès d'eux à domicile. Ils souhaitent une synthèse des actions mises en place avec un retour régulier.

Ils mettent en avant la nécessité qu'ils restent le pivot de la prise en charge en gardant leur rôle décisionnaire. La communication est importante pour eux, pour une efficacité optimale et ne plus se sentir seuls face à leur patient et leurs difficultés.

Ensuite, l'amélioration de leurs compétences est aussi une notion qu'il faut souligner dans un souci de renforcement de leur formation.

La réactivité et la facilité d'accès doit être les qualités d'une structure de coordination selon eux.

Rappelons que la Plateforme Territoriale d'Appui est une entité de coordination ayant pour fonction la gestion de situations complexes. Elle a pour mission l'évaluation globale et la synthèse des actions possibles dans un délai de 48 à 72h ou moins si l'action est jugée urgente par le médecin demandeur. Les textes de loi mettent en avant l'existence d'un guichet unique d'accès à celle-ci par téléphone.

La mission de coordination doit venir simplifier le maillage du réseau de soins existants sans suppléer aux fonctions de chacun.

Une autre mission de la PTA est l'information des médecins généralistes quant aux aides disponibles en lien avec une question précise pour les guider dans sa prise en charge. Elle peut donc venir juste améliorer ses compétences médico-sociales s'il ne juge pas nécessaire son intervention.

La dernière mission qu'il faut mettre en avant ici est la collaboration étroite avec les professionnels des soins primaires pour répondre à leurs problématiques et élaborer avec eux des protocoles de prise en charge utiles à leur pratique.

« Ma Santé 2022 », listes des mesures venant reformer le système de santé actuel, contient la mesure 17 qui vise à fusionner les différentes structures de coordination au sein des Plateformes Territoriales d'Appui. Cette mesure vient donc renforcer le besoin de simplification d'accès aux réseaux de soins et répondre aux besoins de clarté des médecins généralistes.

5. Deux exemples concrets de coordination d'appui en France

Il me semblait important d'adjoindre à la discussion les synthèses d'activité de deux plateformes territoriales d'Appui :

-La PTA Odyssée

-La PTA des Landes.

5.1 La PTA Odyssée

La Plateforme Territoriale d'Appui est portée par l'association Odyssée, association Loi 1901, créée en 2006. L'association est initialement créée dans un souci de coordination des parcours de soins et de prise en charge globale des patients pour le maintien et la préservation de l'autonomie à domicile dans des conditions optimales. Elle se décline dans un premier temps en réseau sur un territoire précis du Nord des Yvelines et Ouest du Val d'Oise. Sa mission principale répond donc à la « mission 2 » des textes de loi régissant les plateformes territoriales d'appui à leur création. Elle va alors progresser pour remplir ensuite l'ensemble des missions prévues par la loi sur un territoire différent qui sera dans un second temps harmonisé.

La synthèse provisoire d'activité de l'année 2018 est accessible en ligne : https://www.association-odyssee.fr/synthese-2015.

L'association a répondu à 648 demandes d'information, d'orientation et d'appui à la coordination. Parmi cette activité, 582 patients ont été suivis à domicile dont 395 nouvelles demandes à l'initiative de 170 médecins généralistes (soit 88% des médecins généralistes du territoire concerné et 3,98 patients par médecin).

Ces chiffres représentent en moyenne 32 nouveaux patients par mois. La durée moyenne de prise en charge des situations est de 160 jours. L'équipe de coordination est composée de :

- Une directrice
- 2 médecins coordinateurs
- 3 infirmières coordinatrices
- 2 secrétaires
- 1 conseillère en économie sociale et familiale

5.2 La PTA des Landes

Elle est issue d'un dispositif expérimental mis en place dans le cadre d'un programme national « Territoire de soins numérique ». La Plateforme Territoriale d'Appui Santé Landes fait partie des « programmes-tests » visant à développer les missions d'appui de coordination des situations complexes à l'aide d'un outil de communication innovant commun à tout un territoire qui en fait sa spécificité : PAACO (Plateforme d'Aquitaine d'Aide à la COmmunication). Ce nouvel outil de coordination, décrit comme un véritable « réseau social sécurisé » est composé d'un journal de communication sécurisé, d'un agenda, d'un gestionnaire de tâches, d'une « pancarte du patient » et du Plan Personnalisé de Santé (PPS). L'ensemble du dossier patient est partagé entre tous les professionnels intervenants autour du patient : sorte de précurseur du Dossier Médical Partagé. Il facilite donc la communication entre les différents intervenants et professionnels de santé ainsi que l'information du médecin traitant en « temps réel » de l'état de santé de son patient.

Au cours de la première année d'exercice de la PTA Santé Landes, de Septembre 2015 à Septembre 2016, il est dénombré approximativement 1000 parcours coordonnés dont 700 patients en file active soit 4 patients en moyenne par jour toute activité confondue. 500 professionnels libéraux adhérent à l'association. L'origine des demandes de prise en charge est principalement les médecins généralistes pour un peu plus de 40% mais aussi les structures hospitalières, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et même le patient lui-même ou ses aidants.

5.3 Discussion sur le mode d'organisation de la PTA Vexin Seine Normandie

Actuellement, la Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie dénombre 3 gestionnaires de parcours, une coordinatrice administrative et un médecin d'appui. En 2018, 55 demandes ont été traitées du 1er Janvier au 31 Décembre. L'interpellation de la Plateforme a été, dans un premier temps, axée sur l'unique recours des médecins généralistes et s'est progressivement ouverte aux autres professionnels de santé, du social ou du médico-social (43 demandes sur 55 émanent directement des MT).

La première année d'activité semble pour le moment en demi-teinte, 22 médecins sur les 125 du territoire ont fait appel à la plateforme, moins d'1 sur 5. Or, le besoin exprimé est concordant avec les missions dictées par le code de Santé Publique. Les deux synthèses d'expérience sus citées sont également le reflet d'une attente de la profession et d'un service rendu avec une activité croissante sur l'année étudiée.

On peut admettre que leurs outils de communication sont performants et qu'il s'agit d'un point sur lequel la PTA Vexin Seine Normandie doit se développer pour faire connaitre sa structure et ses objectifs. On peut également se poser la question des demandes qui semblent émaner majoritairement des médecins généralistes mais aussi, et ce en grande partie, du reste des professionnels de santé de premier et de second recours ainsi que du patient ou de sa famille lui-même.

CONCLUSION

J'ai pu donc mettre en évidence que les fonctions de la Plateforme Territoriale d'Appui peuvent être des réponses aux manques et aux besoins des médecins généralistes interrogés dans la prise en charge des situations complexes. Il semble qu'une telle structure soit la solution de coordination attendue en réponse à des années de maillage territorial aléatoire et hétérogène rendant l'accessibilité des ressources d'aides souvent méconnue et floue pour les professionnels de santé. Le retour d'activité des deux exemples de plateformes actives peut également démontrer une réponse à un besoin ressenti. Même s'il faut également apprendre de leur mode de fonctionnement pour corriger ce qui fait peut-être actuellement défaut.

La fonction de coordination et de simplification est un besoin majeur des médecins généralistes confrontés à une évolution de leurs pratiques. La complexité médico-sociale est réelle et alourdit la prise en charge de leur patient demandant un temps considérable qu'ils n'ont plus.

Ils font face à un système peu réactif qui ne semble pas répondre en l'état à leurs problématiques de terrain. Il s'agit, comme je l'ai montré lors de mon travail, d'un système mis en place par des politiques diverses, pas toujours conscientes de la réalité d'exercice des professionnels. La Plateforme Territoriale d'Appui est une structure à l'initiative du « terrain ». Il faut donc y voir là une réponse plus en adéquation avec les attentes de ceux qui en sont à l'origine.

Ce travail exploratoire a permis de soulever les difficultés des médecins généralistes et demanderait de venir préciser ses résultats par une étude de plus grande envergure avec, pourquoi pas, dans l'avenir, une étude des résultats des différentes plateformes et le ressenti des médecins et des patients quant à son efficacité via une méthode de théorisation ancrée multi-sites.

BIBILIOGRAPHIE

1. Mouquet O. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. :8.

2. Netgen. Médecine générale - pensée linéaire et complexité [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-80/31655

3. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Médicale Suisse. 2010;3.

4. Engel GL. THE CLINICAL APPLICATION OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL. :24.

5. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ. 6 oct 2001;323(7316):799-803.

6. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. BMJ. 29 sept 2001;323(7315):746-9.

7. Wilson T, Holt T. Complexity and clinical care. BMJ. 22 sept 2001;323(7314):685-8.

8. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. BMJ. 15 sept 2001;323(7313):625-8.

9. Bloch M-A, Hénaut L, Sardas J-C, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. :242.

10. Viñas JM, Larcher P, Duriez M. Le patient au centre des préoccupations. 1998;41.

11. Verga-Gérard A, Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. mars 2018;66(2):157-62.

12. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Rev Fr Aff Soc. 22 oct 2010;(3):11-20.

13. Slama-Chaudhry DA, Gaspoz PJ-M. A. Slama-Chaudhry P. Schaller M.-A. Raetzo J.-M. Gaspoz. Rev Médicale Suisse. 2008;4.

14. Aucoin L, Ps M, Jobin M-H. KAISER PERMANENTE : UNE INSPIRATION POUR LE QUÉBEC ? :5.

15. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

16. Code de la santé publique - Article L6327-1. Code de la santé publique.

17. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes | Legifrance [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/2016-919/jo/texte

18. PWP-PolitiqueSante-2018.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: http://www.eure-en-ligne.fr/webdav/site/eure-en-ligne/shared/actualites/image%202018/fevrier/PWP-PolitiqueSante-2018.pdf

19. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022 - Insee Analyses Haute-Normandie - 14 [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304119

ANNEXES

Annexe 1 : Entretien Thèse PTA

1) Que signifie pour vous la notion de situation complexe ?

2) Vous sentez-vous en difficulté dans la gestion de ce type de situation ? Si oui, pourquoi ?

3) Quelles sont les structures auxquelles vous vous référez actuellement dans ce cas ?

4) Selon vous, que vous manque-t-il à la prise en charge des patients en situation complexe ?

5) Avez-vous connaissance de la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui depuis Janvier 2018 sur votre territoire et ses principales fonctions ?

Power Point / Flyer

6) Avez-vous en tête un exemple d'une situation complexe que vous auriez rencontré ? Quelles sont les principales difficultés qu'elle vous a posé ?

7) Quelles seraient les principales qualités, pour votre pratique quotidienne, d'une telle structure ? Que pourrait-elle vous apporter ? Dans quelle mesure peut-elle vous aider ?

8) Homme / Femme

9) Age ?

10) Milieu d'exercice ? rural / semi rural / urbain

11) Nombre de consultant moyen sur l'année ? <4000 / 4 à 5000 / >5000 par an

12) Mode d'exercice : Seul / cabinet de groupe médical / cabinet médical et paramédical (MSP)?

Annexe 2 : Territoire de la PTA Vexin Seine Normandie

RESUME

TITRE : Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes.

INTRODUCTION ET CONTEXTE :

La complexité grandissante des prises en charge modifie le champ d'activité des médecins généralistes. Ils sont souvent confrontés à la gestion de situations psycho-sociales avec mise en péril de l'état de santé de leur patient. L'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé de Janvier 2016 prévoit le cadre législatif pour favoriser la création de Plateformes Territoriales d'Appui à dispositions du médecin généraliste pour les aider dans la prise en charge coordonnée de ces situations complexes.

OBJECTIFS :

Connaitre les besoins ressentis des médecins généralistes dans la prise en charge médico-sociale des situations complexes du territoire Vexin Seine Normandie. La Plateforme Territoriale d'Appui créée peut-elle répondre à leurs attentes ?

MATERIEL ET METHODE :

Étude qualitative par sondage dématérialisé proposé aux 115 médecins généralistes installés sur le territoire Vexin Seine Normandie puis par entretiens semi-dirigés individuels auprès de 10 d'entre eux.

RESULTATS :

Les entretiens individuels mettent en évidence que les situations sont ressenties comme complexes par le médecin lorsque s'entremêlent pathologies chroniques et problématiques sociales. Ils expriment un besoin de coordination des différentes aides disponibles tout en restant le référent de la prise en charge. Il ressort que le manque de temps, de réactivité de leurs partenaires et le manque de connaissances dans le champ social sont les principales difficultés actuelles et les points d'améliorations à apporter à leur activité professionnelle.

CONCLUSION :

La délégation de la tache de coordination et la clarification des réseaux de soins représentent un besoin des médecins généralistes confrontés à une évolution de leurs pratiques. La Plateforme Territoriale d'Appui pourrait incarner la réponse attendue à une complexité médico-sociale qui alourdit la prise en charge de leurs patients.

Mots clés : situations complexes, pathologies chroniques, plateforme territoriale d'appui, médecin généraliste, coordination de parcours