

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2020

N° 2020-9

**DIFFICULTES ET BESOINS DES MEDECINS
GENERALISTES DE LA SOMME DANS LA COORDINATION
DES PARCOURS DE SOINS COMPLEXES**

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
- DIPLOME D'ETAT -
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 27 FEVRIER 2020**

**PAR
EMILIE LESIEUR**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Juges : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Madame le Professeur Christine AMMIRATI

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Épidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique
Chef du Pôle PRIME

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Qui est composé des médecins qui ont forgé celui que je deviens.
Comme j'aime le rappeler, c'est avec vous que j'ai fait ma toute première garde,
Et oui, j'étais cette externe qui venait pour les prochaines vingt-quatre heures,
Mais qui avait oublié son stéthoscope...
Merci pour tout le soutien et l'écoute que vous m'avez apportés,
Dans les bons et les moins bons moments.
J'espère pouvoir continuer à travailler à vos côtés sur de nombreux projets.

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale
Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux médecine interne et endocrinologie » (D.R.I.M.E)

Vous avez accepté de juger ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Nous nous sommes rencontrés au Conseil de Gestion, il y a maintenant sept ans.

Vous avez toujours travaillé pour et avec les étudiants,

Et j'ai eu plaisir à participer à certains de ces projets.

Merci pour l'attention que vous m'avez portée.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Anesthésie – Réanimation)

Chef du service de Réanimation Polyvalente

Chef du Pôle Anesthésie - Réanimations

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Veillez recevoir mes remerciements respectueux.

Je vous ai rencontré lorsque j'étais externe dans votre service,

Et aujourd'hui vous m'avez permis de venir m'y épanouir en tant qu'interne,

J'ai même réalisé avec vous « ma première intubation en solo » !

Vous avez eu aussi ces mots réconfortants pendant les ECN que je n'oublierai pas,

Merci pour votre patience, votre bienveillance et votre soutien.

A mon Juge,

Madame la Professeure Catherine BOULNOIS

Professeure de Médecine Générale
Coordonnateur du DES de Médecine Générale
Assesseur 3^{ème} cycle

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

Il est important pour moi de souligner ma double appartenance :

Médecine Générale et Médecine d'Urgence,

Que je n'oublierai pas.

Merci pour votre disponibilité, votre écoute et l'attention particulière,

Que vous m'avez toujours portée.

A mon Juge,

Madame la Professeure Christine AMMIRATI

Praticien Hospitalier, Professeure associée des Universités

(Anesthésie – Réanimation, option Médecine d’Urgence)

Chef du Pôle Médecine d’Urgence, Médecine légale et sociale

Responsable du service SAMU-SMUR-CESU, service d’accueil des urgences

Officier dans l’Ordre National du Mérite

Chevalier dans l’Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie sincèrement.

Je vous ai rencontrée au séminaire pédagogique de la faculté,

Puis nous nous sommes souvent croisées au SAMU80,

Jusqu’à ce jour où je me suis présentée à votre bureau,

Tout juste affectée à l’internat d’Amiens,

Et vous m’avez dit « Je me demandais quand tu allais enfin venir me voir ».

La Médecine d’Urgence a toujours été ma première vocation,

Mais vous m’avez aussi fait découvrir tout l’univers de la pédagogie en santé.

Merci d’être ce mentor qui me soutient et m’accompagne chaque jour.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Maître de Stage Universitaire – Médecin Généraliste

Enseignant au Département de Médecine Générale

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail.

Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et vos précieux conseils.

Lors de mon stage ambulatoire,

Cela a été un plaisir de travailler à vos côtés,

De découvrir l'exercice de la Médecine Générale à la campagne.

J'ai aimé nos échanges et votre vision,

Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

A mes maîtres,

Du Service des Urgences Adultes et du SAMU de Beauvais,

Les Docteurs Barone, Binet, Cense, Ducouso, Fabre, Franceschini, Frederic, Gabis, Hadjeb, Henguelle, Kasdali, Mimouni, Mor, Ramaherison, Robin, Rivière, Sarzea.

Du Service de Médecine Polyvalente de Creil,

Les Docteurs Poisson, Bouraya, Martin, Cordier, Charoud.

Du Service de Pédiatrie et des Urgences Pédiatriques de Compiègne,

Les Docteurs Bachour, Dubrulle, Ducastel, Iliescu, Velonjara.

De mes stages ambulatoires,

Les Docteurs Federspiel et Nougein.

Du Service de Réanimation Chirurgicale d'Amiens,

Les Docteurs Airapetian, Ammenouche, Badoux, Macq, Malaquin, Rumbach,, Tinturier, Villeret.

Du Service des Urgences Adultes et du SAMU d'Amiens,

Les Docteurs Abdallah, Amsallem, Arnaud, Bourdon, Bochard, Canu, Clayes, Domisse, Douay, Edouard, Gosset, Henriques, Laine, Leroux, Vincent, Zammit.

Aux infirmier(e)s, aux aides-soignant(e)s,

A Beauvais, à Creil, à Compiègne, à Amiens,

Qui m'ont aidée tout au long de cet internat,

Vous m'avez soutenue et rassurée quand j'étais seule ou que je ne savais pas.

Aux ambulancier(e)s, aux brancardier(e)s, aux pilotes, aux secrétaires,

A Beauvais, à Creil, à Compiègne, à Amiens,

J'ai passé tant de bons moments à discuter et à rigoler avec vous (et à travailler !).

Aux membres du Conseil de Gestion et de la Faculté de Médecine d'Amiens,

J'ai été déléguée de promotion pendant 4 ans, membre du Conseil de Gestion pendant 8 ans,

Merci d'avoir été présents pour moi, de m'avoir fait découvrir l'envers du décor.

J'ai beaucoup appris à vos côtés et j'ai surtout rencontré de belles personnes.

Aux membre du SimUSanté et du CESU80,

Vous m'avez accueillie pendant un an et j'ai grandi auprès de vous,

Une mention particulière à Guillaume, Jérémy, Julie et Stéphane,

Vous avez constaté, parfois à vos dépends, que mon temps de concentration était plutôt limité !

A mes parents,

Papa, Maman, sans vous je ne serais jamais arrivée où j'en suis actuellement.

Les moments de doutes ont été nombreux, les sautes d'humeurs également !

Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir poussée à aller de l'avant afin d'atteindre mon but.

Ce travail est l'aboutissement de toutes ces années et votre contribution est immense.

Merci de votre soutien inconditionnel et de votre affection.

Je vous aime tellement (et je le dis si peu) !

A ma sœur,

Juju, c'est toujours en venant chez toi que j'ai pu travailler (parfois sous la menace !),

Me remotiver et avancer, à Lille puis Anneyron.

Je suis si fière de toi, de tout ce que tu as fait et je sais que le meilleur reste encore à venir.

Toi aussi je t'aime, même si je le montre difficilement.

A mes grands-parents,

Mamie Thérèse, Papi Roger, Papi Emile, Mamie Micheline,

Après 10 ans, le moment d'être enfin Docteur est arrivé !

J'ai toujours pu compter sur vous pendant toutes ces années,

Et j'aurais toujours besoin de vous raconter ma nuit en sortant de garde,

D'autant qu'en Médecine d'Urgence, elles seront nombreuses !

A Tata Frédérique et Tonton Marc,

Les révisions de première année à la loge ne sont pas si lointaines !

Merci de m'avoir toujours soutenue.

A Laurent et Harmonie,

Merci pour ces fous rires et tous les bons moments passés ensemble.

Il faut maintenant que Juliette et moi apprenions quelques bêtises à Suzanne !

A Dominique,

Tu me connais depuis toute petite et tu m'as vue grandir,

Merci pour ton écoute et ton soutien.

A Mémé Yvonne, Jacques,

Vous me manquez, déjà tant d'années,

De là où vous êtes, j'espère vous faire honneur.

A Mickael et Sébastien,

Que dire sur nous, sur notre trio infernal ? D'abord, que je vous aime !

Merci Antoine de nous avoir trouvés, réunis et initiés,

Grâce à toi nous n'arrivons plus à nous défaire de cet engagement pour les étudiants !

A Laurent et Damien, mes grand-frères,

Le hasard de la vie m'a fait vous rencontrer,

Depuis vous avez pris une place importante dans la mienne.

Mention spéciale à Marie et Aurélie qui arrivent à vous faire grandir !

Aux membres de la famille des urgentistes,

Baptiste, Brice, Florent, Julien, Moussa, Sébastien D, Valérian,

Je n'oublierai pas ces bons moments passés ensemble et surtout ceux des séminaires de DESC!

A Antoine S, Barbara, Camille S, Cécile, Clémence, Guillaume, Quentin D, Quentin-Pierre,

Tous ces amis avec qui j'ai passé tant de joyeux instants et j'en suis certaine tant d'autres à venir.

A Pauline et Léonie,

Merci pour tous ces bons moments et notamment celui passé à attendre nos résultats !

A Alexis, Antoine D, Camille D, Henri, Julie, Laure, Lou, Marie H, Marie V, Medhi, Pierre, Quentin DB, Seyhan, Simon, Thomas, Yohan,

Vous m'avez soutenue et vous m'avez surtout supportée pendant ces 6 mois ensemble !

Merci pour tout, nos pauses café, nos fous rires et votre amitié.

A Marie et Stéphane,

Vous m'avez accueillie comme si j'étais de votre famille,

Et occupez une place toute particulière dans ma vie.

A Philippe, Christine, Céline, Arnaud, Maxime et Clément,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble !

A Cindy,

Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée, sans toi, cette thèse n'aurait pas vu le jour aussi vite !

A tous ceux que je n'ai plus la place de citer, mais qui sont aujourd'hui auprès de moi.

ABBREVIATIONS

ALIIS : Aide-Lien-Information-Itinérance-Soutien

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

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

EPHAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Santé, Patient, Territoire

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

MDSI : Maisons Départementales de Solidarités et d'Insertion

PALPI80 : Réseau de soins palliatifs et de gériatrie

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RGBSPM : Réseau Gérontologie Baie de Somme Picardie Maritime

SAAD : Service d'Aides et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SPASAD : Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	15
I. Coordination des parcours de soins.....	15
II. Plateforme Territoriale d’Appui.....	16
III. Le territoire de la Somme.....	19
IV. Enjeux du travail de thèse	20
MATERIEL ET METHODES.....	21
I. Choix de la méthode.....	21
II. Constitution de l’échantillon.....	22
III. Mode de recueil des données.....	23
IV. Traitement des données.....	23
RESULTATS.....	25
I. Population de l’étude.....	25
II. Définition des parcours de soins complexes.....	27
III. Coordination des parcours de soins complexes.....	31
IV. Besoins et difficultés dans la coordination des parcours de soins complexes.....	37
V. Plateformes territoriales d’appui.....	47
DISCUSSION.....	51
I. Discussion de la méthodologie de l’étude	51
II. Discussion des principaux résultats.....	54
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES.....	65
RESUME	68
ABSTRACT.....	69

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Localisation des médecins interrogés.....	25
Figure 2 : Les PTA en Nouvelle-Aquitaine.....	67
Figure 3 : Appui aux professionnels des santé.....	67
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.....	26
Tableau 2 : Durée de chaque entretien.....	26
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	65
Annexe 2 : Exemple de Plateforme Territoriale d'Appui : Région Nouvelle-Aquitaine.....	67

INTRODUCTION

I. Coordination des parcours de soins

1. Place du médecin généraliste

Les différentes réformes du système de soin français confèrent aux médecins généralistes une place de plus en plus centrale dans la coordination des soins des patients.

Ils peuvent être choisis comme « *médecin traitant* » par « *tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus* » depuis la Loi du 13 août 2004 [1]. Ce statut leur donne une mission de coordination des soins et des parcours de soins, dit « *parcours de soins coordonnés* » [2].

La loi HPST du 21 juillet 2009 [3] a réaffirmé cette position en désignant le médecin généraliste comme médecin de premier recours et en précisant l'ensemble de ses missions. Il doit notamment « *1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant [...] le suivi des maladies* », « *2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social* » et « *3° S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients* » [4].

2. Santé de la population française

Le rapport 2017 de *L'État de santé de la population en France* réalisé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et coordonné par Santé publique France permet de décrire l'évolution de l'état de santé de la population et ses principaux déterminants [5]. Il repose sur le suivi de 100 objectifs de santé publique [6].

L'espérance de vie en France est élevée : 85,0 ans pour les femmes en 2015 et 78,9 ans pour les hommes. En 2018, la part des 65 ans ou plus représentait 19,3% de la population [7] et devrait continuer d'augmenter dans les années à venir [8].

Toutefois, cette population, bien que relativement en bonne santé par rapport à la population mondiale, déclarait n'avoir aucune pathologie ou problème de santé uniquement pour 38,6% des 15-24 ans et 12,8% des 65 ans et plus.

En effet, il existe une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques à la fois liée au vieillissement de la population, à l'accroissement de son espérance de vie et à l'amélioration de la survie globale des patients en cas de pathologie chronique (cancers, diabète, insuffisance rénale chronique terminale, cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, etc.) [9].

3. Évolution des besoins en santé

Le vieillissement de la population, la multiplication des pathologies chroniques et la complexification des soins et parcours de soins des patients sont autant de difficultés nouvelles qui modifient les besoins en santé. Cette transformation des problématiques touche plus particulièrement les médecins généralistes, acteurs majeurs des soins premiers.

Pour parvenir à s'adapter à ces nouveaux besoins en santé, les Agence Régionales de Santé (ARS) instaurées par la Loi de 2009, se voient attribuer avec la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [10] un rôle d'aide à la mise en place de nouveaux réseaux de soins primaires. Il s'agit de l'introduction des « *fonctions d'appui aux professionnels* » qui se définissent comme un soutien par les ARS aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en soin des patients relevant de parcours de soins complexes [11]. Ces fonctions d'appui peuvent s'organiser autour de la constitution d'une ou de plusieurs plateformes territoriales d'appui (PTA) [12].

II. Plateforme Territoriale d'Appui

1. Notion de situation complexe

Un parcours de santé complexe est défini comme complexe par l'Article 74 de la Loi de modernisation de notre santé lorsque « *l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ». Il s'agit donc de situations considérées comme complexes par le médecin traitant, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient.

Ces situations peuvent être identifiées par leur forte fréquence et la multiplicité des acteurs intervenant (soins palliatifs, gérontologie, précarité, addictions, ...) ou au contraire par leur faible fréquence au sein de la patientèle du médecin généraliste (besoin d'expertise spécifique).

2. Missions des PTA

Les PTA viennent en soutien aux professionnels de santé qui nécessitent des compétences complémentaires dans la bonne coordination des parcours de soins complexes. Elles ont pour objectifs de « *prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de*

parcours » [12] en apportant une réponse polyvalente, globale, harmonisée, et adaptée aux besoins du médecin déclencheur. Cette réponse est possible par leur vocation de mutualisation et de coordination des compétences de l'ensemble des structures d'appui sanitaire, sociales et médicosociales locales ou régionales.

Les missions de ces plateformes territoriales d'appui ont été clairement définies par le Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 [13].

La première mission est « *l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire* ». Il s'agit notamment d'offrir aux professionnels un accueil téléphonique via un numéro unique puis de mettre en place des outils facilitant l'identification des acteurs du territoire afin d'optimiser l'adéquation des réponses aux demandes des professionnels (procédures et référentiels internes). La plateforme pourrait par exemple identifier une aide à domicile, orienter vers une place en EHPAD, etc.

La seconde porte sur « *l'appui à l'organisation de parcours complexes, pour une durée adaptées aux besoins du patient* ». La plateforme aurait pour objectifs d'aider à la coordination des interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux autour du patient.

La dernière mission des PTA est le « *soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination* ». Elle correspond à un soutien opérationnel et logistique de la plateforme pour les projets des professionnels en proposant des outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes mais aussi une aide à l'élaboration et à la diffusion de protocoles pluriprofessionnels.

3. Mise en œuvre des PTA

L'organisation des fonctions d'appui sur les territoires dépend d'initiatives des acteurs du système de santé. La priorité est ainsi donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile, et/ou lorsqu'elles existent, aux équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales.

Il ne s'agit pas de constituer un acteur supplémentaire sur le territoire mais de mettre en cohérence les dispositifs existants, dans une logique de missions partagées, pour proposer un contact unique lors de la sollicitation de structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Il peut donc exister plusieurs modèles de PTA selon les besoins diagnostiqués au niveau du territoire (entre l'ARS, les acteurs de soins et les usagers) et les acteurs en place sur le territoire.

Le projet de plateforme territoriale d'appui peut être initié de deux façons.

Les acteurs du système de santé peuvent élaborer un projet de PTA. Il devra définir le territoire d'action, les services offerts, le rôle de l'opérateur, les modalités selon lesquelles l'opérateur rend compte des actions menées, le schéma cible d'organisation de la PTA avec ses étapes de mise en place, la ou les composantes intervenant, les modalités d'élaboration d'un guichet intégré et le budget prévisionnel. L'opérateur, existant ou à créer lors de la rédaction du projet, est en charge de la mise en œuvre des trois principales missions des PTA et doit assurer le suivi des actions. C'est lui qui soumettra le projet à l'ARS pour approbation.

A défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'ARS peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration d'un projet de plateforme et, le cas échéant, désigner un opérateur.

Après l'approbation du projet de PTA par l'ARS, une convention est signée entre l'ARS, l'opérateur et les composantes de la plateforme (dispositifs, acteurs ou professionnels qui participent à la mise en œuvre des missions). Elle permet d'identifier la plateforme, le rôle de l'opérateur, les modalités de la démarche de qualité pour remplir ses missions, les modalités de remontée d'activité à l'ARS, les missions mises en œuvre par les composantes et les engagements des signataires pour les financements alloués.

Selon les besoins territoriaux, l'ARS peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs de santé, une ou plusieurs PTA pour la coordination des parcours de santé complexes.

4. Déclenchement des PTA

Une fois en place, les PTA peuvent être déclenchées par le médecin traitant ou un professionnel en lien avec lui. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite recourir aux services de la plateforme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant ou à défaut par la plateforme, afin de valider le déclenchement.

Le patient doit être informé de la demande d'appui faite à la PTA [14]. Il a ainsi la possibilité d'exercer son droit d'opposition.

A noter que chaque plateforme est évaluée annuellement par l'ARS avec les acteurs de santé et les usagers. Cette évaluation est ensuite transmise au Conseil territorial de santé.

Les PTA doivent posséder un système d'information unique pour chacune des composantes et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information.

III. Le territoire de la Somme

La Somme est un département de la région des Hauts-de-France. Il s'étend sur une superficie de 6 170,12 km² et compte 779 communes. Il y avait, au premier janvier 2016, 572 744 habitants dont 25 % avaient plus de 60 ans et 49 % moins de 40 ans [15].

Sur ce territoire, il existe 12 établissements possédant une activité de médecine ou de chirurgie (9 publics et 3 privés), dont 6 rassemblent les 2 disciplines. Les établissements avec un service d'accueil et de traitement de l'urgence sont au nombre de 5 et 2 avec un service de réanimation (CH d'Abbeville et CHU Amiens Picardie). Enfin, les structures spécialisées dans le suivi de la santé mentale sont au nombre de 2 (une privée et une publique) auxquelles il faut ajouter les structures avec un suivi ambulatoire ou des hospitalisations de plus courte durée.

Ces établissements sont répartis entre les communes d'Abbeville, Albert, Amiens, Corbie, Doullens, Ham, Montdidier et Péronne (Sources : Fédération Hospitalière de France et Fédération de l'Hospitalisation Privée).

Concernant les soins ambulatoires, au premier janvier 2017, la densité de médecins généralistes étaient de 174/100 000 habitants dans la Somme contre 153/100 000 en France [16].

Les dispositifs d'appui pour la coordination des soins complexes du territoire sont des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. On retrouve : les 2 dispositifs départementaux de Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA), les réseaux gériatrique GERONTO80 et RGBSPM (Réseau Gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime), le réseau de soins palliatifs PALPI80, la Cellule d'Appui au retour et au Maintien à Domicile de Santély, les établissements d'HAD (6 sur le département), les Maisons Départementales de Solidarités et d'Insertion (MDSI, 22 sur le département), les équipes spécialisées à domicile, les SAAD (au moins 2 par commune proposent une intervention), les SSIAD (23 sur le département en 2016), les EHPAD (5 351 places en 2016), les EPHAD avec PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) ou UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), les SPASAD (2 en 2016 et 5 supplémentaires en projet), les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, 84 places en 2016), les maisons des aidants, les accueils de jour pour personnes âgées, les plateformes d'accompagnement et de répit de type ALIIS (Aide-Lien-Information-Itinérance-Soutien), les associations tutélaires et d'usagers (France Alzheimer, Union Départementale des Associations Familiales, ...), etc [17].

IV. Enjeux du travail de thèse

Le médecin généraliste a une mission de coordination des parcours de soins pour ses patients. Actuellement, ces parcours sont de plus en plus complexes du fait d'un vieillissement de la population, d'une multiplication des pathologies chroniques et d'une amélioration de la survie globale des patients avec ce type d'affection.

Pour s'adapter à cette évolution des besoins en santé, la loi de 2016 a introduit les « plateformes territoriales d'appui » pour venir en soutien aux professionnels de santé dans la prise en soin des patients en situations complexes. Cette volonté a été réaffirmée le 24 juillet 2019 avec l'adoption de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé : « *les professionnels de santé [...] peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé [...]* » [18].

Différents projets de PTA ont été développés en France métropolitaine et dans les DOM-TOM (Annexe 2). Actuellement il n'en existe aucune sur le département de la Somme.

L'importance de la coordination des soins et des parcours de soins a été mise en évidence dans plusieurs études [19,20]. D'autres se sont intéressées au fonctionnement des coordinations d'appui et leurs effets sur les pratiques des médecins traitants [21].

Cependant, peu d'études ont interrogé les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Les dispositifs et structures à leur disposition sont souvent mal connus, difficile à mettre en place dans des délais acceptables et hors du champs strictement médical.

Après ces constatations et avant d'envisager un projet de PTA dans le département de la Somme, nous avons voulu répondre à la question : Quels sont les difficultés et les besoins des médecins généralistes de la Somme dans la coordination des patients en situations complexes ? L'objectif principal de ce travail est d'identifier les difficultés et les besoins des médecins généralistes dans la coordination de ces parcours de soins complexes.

L'objectif secondaire est d'apporter des éléments de réflexion sur les actions à mener pour améliorer la coordination des soins complexes dans le contexte de création d'une Plateforme Territoriale d'Appui sur le département de la Somme.

MATERIEL ET METHODES

I. Choix de la méthode

1. Méthode qualitative

Pour ce travail, nous avons décidé de mener une étude exploratoire qualitative prospective. Selon Mays et Pope, ce type d'étude a pour objectif de « *développer des concepts pour comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels, plutôt qu'expérimentaux, en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue des participants* » [22]. Il s'agit de réaliser des entretiens afin d'explorer les représentations, les idées, les expériences, le raisonnement et le ressenti des sujets interviewés.

La recherche qualitative ne permet pas de quantifier ou de mesurer mais elle est utile pour recueillir des données verbales ou orales qui permettent une démarche déductive et interprétative [23]. L'investigateur analyse ces données brutes, désordonnées et empiriques pour les organiser en idées et/ou concepts afin d'émettre une ou plusieurs hypothèses.

2. Entretien individuel semi-dirigé

Les principales techniques de collecte de données qualitatives sont les entretiens individuels, les *focus groups* et l'observation [24]. Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi la première possibilité.

Dans l'entretien individuel, la collecte des données est réalisée au cours d'une conversation entre le participant et l'investigateur en face-à-face ou à distance (télécommunication). On l'appelle « entretien semi-dirigé » car les interactions sont structurées à partir d'un guide d'entretien, préalablement établi, qui reprend une liste de questions ouvertes ou de sujets à aborder au cours de la discussion.

Chaque question est posée une à une au cours de chaque interview afin de permettre une comparabilité des entretiens. L'investigateur doit savoir laisser parler le participant tout en l'encourageant à développer ses idées, à citer des exemples ou le relancer sans pour autant l'influencer dans ses choix de réponses [25]. Pour s'assurer de la bonne compréhension du discours, des reformulations peuvent être réalisées [26].

II. Constitution de l'échantillon

1. Population étudiée

Dans une étude qualitative, c'est la plus grande diversité possible autour d'un thème qui est recherchée. L'échantillon ne doit donc pas être représentatif de la population mais est constitué par les participants qui apporteront un maximum de variabilités de réponses [27].

Cet échantillon est ainsi réalisé « en recherche de variation maximale » et n'est pas aléatoire afin de diversifier le profil des répondants et leur point de vue.

Les critères de sélection de notre population ont donc été : Médecin Généraliste installé dans le département de la Somme, en activité libérale ou mixte mais avec une activité majoritaire de médecine générale, variable en termes d'âge, de sexe, de mode d'exercice (exercice rural, semi-rural ou urbain, seul ou en maison de santé).

2. Recrutement des participants

Le nombre d'entretiens nécessaires n'est pas prédéfini dans une étude qualitative. Il est déterminé par le principe de la saturation des données [28] qui survient lorsque l'analyse des données ne fournit plus d'éléments nouveaux au concept. Le concept est alors saturé [29].

Les médecins susceptibles de participer à l'étude ont été identifiés et contactés par téléphone. Ils étaient arbitrairement choisis parmi les médecins rencontrés au cours des différents stages d'externat, d'internat, en tant que remplaçant en cabinet de médecine générale et dans l'entourage professionnel selon la technique de la boule de neige. Le thème du sujet leur était confié à savoir « les difficultés et besoins des médecins généralistes de la Somme dans la prise en soin des patients en situations complexes ».

En cas d'accord, le thésard se déplaçait pour procéder à l'entretien à une date et dans un lieu laissé au choix du médecin généraliste.

III. Mode de recueil des données

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été rédigé (Annexe 1) selon les données de la littérature et les hypothèses issues de l'expérience professionnelle de l'investigateur et de son directeur de thèse. C'est une condition préalable de l'acceptation du travail de Thèse par le Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens (DUMGA) [30].

Il a été testé auprès de deux volontaires, un médecin généraliste installé à Saint-Quentin dans l'Aisne et un remplaçant en médecine générale, afin d'en évaluer sa fluidité et sa cohérence.

Le guide comportait une introduction qui permettait de présenter l'investigateur, le sujet et sa justification, puis trois parties. La première partie portait sur les caractéristiques des médecins interviewés. La seconde interrogeait sur la coordination des acteurs de santé dans le suivi d'un parcours de soins complexes. Enfin, la dernière partie s'axait sur les besoins et l'utilisation de services et/ou de compétences extérieures pour la prise en soin de ces patients [31].

Il servait de trame à la réalisation des entretiens et s'est enrichi au fur et à mesure des interviews.

2. Déroulement des entretiens

Les interviews de cette étude ont été menées conformément aux recommandations « consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) » [32,33].

Le consentement oral des médecins interrogés était recherché pour chaque entretien. Ils acceptaient également d'être enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les enregistrements audio issus de ces discussions étaient ensuite anonymisés.

Au total, 9 entretiens ont été menés dans la Somme entre le 20 octobre et 28 décembre 2019.

IV. Traitement des données

1. Transcription des entretiens

Les entretiens ont été intégralement retranscrits [34], à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2016®. Pour faciliter l'analyse, les questions et relances de l'investigateur ont

été transcrites en italiques et les réponses des médecins en police normale. Les aspects non verbaux de la discussion étaient aussi relevés : rires, pleurs, soupirs, moment de silence, etc. L'anonymisation des données a été réalisée en attribuant un numéro à chaque médecin : M1 pour le premier médecin interrogé, M2 pour le deuxième, et ainsi de suite.

2. Analyse des résultats

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure de leur réalisation à l'aide du logiciel NVIVO 12® [35]. Notre choix s'est orienté vers ce logiciel suite aux différentes formations réalisées par le Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens.

L'analyse s'est faite selon la méthode de la théorisation ancrée ou « *Grounded theory* » décrite par Glaser et Strauss [36]. Le terme de « théorisation » la rattache à l'élaboration d'une compréhension nouvelle des phénomènes et celui d'« ancrée » à l'étude des données empiriques recueillies sur le terrain. Il s'agit donc d'un aller-retour constant et progressif entre les données issues des entretiens et le processus de théorisation.

Nous avons réalisé un codage des verbatim en ouvert, c'est-à-dire selon une procédure ouverte et inductive, sans avoir établi de grille d'analyse. Cette codification [37] a été réalisée pour chaque fragment de verbatim, chaque donnée brute qui dégageait une idée. Une partie de texte pouvait ainsi contenir plusieurs idées et être rattachée à plusieurs codes.

Les concepts émergeant de ces analyses ont ensuite été catégorisés [37] selon un codage axial. Il a permis de réunir plusieurs codes en un ensemble ayant un sens plus large : les catégories. Elles ont aussi été constituées grâce à une comparaison continue des codes entre eux puis des catégories entre elles.

La mise en relation [38] des catégories a été poursuivie pour permettre une intégration et une modélisation à l'origine de la formation de thèmes plus généraux. Ils ont ensuite permis le début d'une théorisation [39].

3. Triangulation

Afin d'assurer la validité de l'étude, une triangulation d'un tiers des entretiens a été effectuée par un confrère médecin généraliste formé à la recherche qualitative. Les données ont ainsi pu être analysées indépendamment par deux personnes différentes avant d'être confrontées [40]. Cette méthode permet notamment d'éviter au maximum les biais de préconception.

RESULTATS

I. Population de l'étude

Au total, neuf entretiens ont été nécessaires avant d'obtenir une saturation des données. Les principales caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le Tableau 1.

Tous exerçaient en cabinet dans le département de la Somme, six étaient dans des cabinets regroupant plus de deux médecins dont deux étaient en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

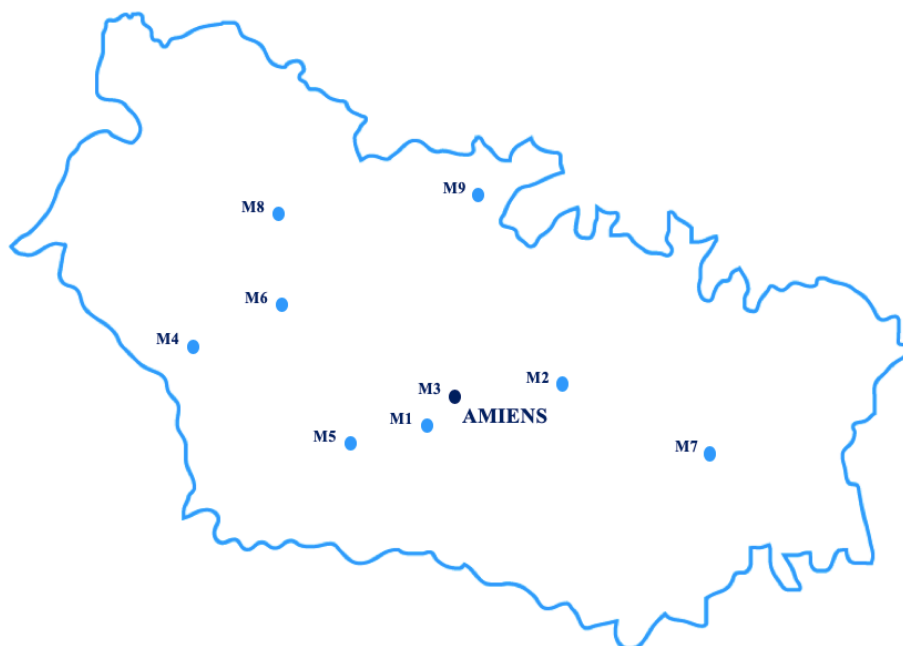


Figure 1 : Localisation des médecins interrogés

Un médecin exerçait en secteur urbain sur Amiens, cinq en semi-rural et trois en rural. Trois avaient une activité de médecine générale exclusive, cinq étaient également Maître de Stage Universitaire (MSU), un partageait son temps avec une activité hospitalière dans un service de chirurgie au CHU Amiens Picardie et en régulation libérale au SAMU80. Le nombre de consultations par jour allait de 20 à 35 - 40 patients. Un médecin était installé depuis moins de 5 ans et tous avaient entre 30 et 65 ans.

Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet des médecins et ont duré entre 6'20 et 18'13 (Tableau 2).

Médecins (Mn)	Genre	Age (ans)	Ville	Type d' exercice	Mode d' exercice	Installation (ans)	Nb consultations par jour	Autres activités
M1	Homme	48	Saleux	Semi-rural	Cabinet de groupe	15	25-30	MSU
M2	Homme	40	Corbie	Semi-rural	Cabinet de groupe	7	25	MSU Coordonnateur projet de MSP
M3	Femme	51	Amiens	Urbain	Seule	23	25	MSU Coordonnateur EPHAD Coordonnateur crèche Hypnose médicale
M4	Femme	37	Oisemont	Rural	MSP	6	25	∅
M5	Femme	33	Quevauvillers	Semi-rural	MSP	6	20	MSU Enseignement au DMG
M6	Homme	65	L'Etoile	Rural	Seul	40	35-40	Praticien hospitalier Régulation libérale SAMU 80
M7	Homme	30	Chaulnes	Rural	Cabinet de groupe	2	30	MSU Coordonnateur crèche Coordonnateur en foyer pour personnes avec un handicap
M8	Femme	38	Saint-Riquier	Semi-rural	Cabinet de groupe	7	28-30	∅
M9	Homme	57	Doullens	Semi-rural	Seul	31	25-30	∅

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
7'22	12'13	14'28	18'13	13'32	15'26	14'46	12'05	6'20

Tableau 2 : Durée de chaque entretien

II. Définition des parcours de soins complexes

1. Définition des médecins généralistes

A. Des hésitations

La totalité des neuf médecins interrogés a émis plusieurs hésitations avant de donner sa définition des parcours de soins complexes : « *(Regardant vers le questionnaire du thésard) [...] Eeuhh... non mais je ne vois pas assez loin, à cette heure-là, je ne vois pas bien (rires) !* » (M1) – « *Alors une question que je me suis... je me la suis posée quand tu m'as appelé au téléphone l'autre jour !* » (M2) – « *Euhhh, un parcours de soin complexe ? Euhhh honnêtement je sais pas ! Je... vous me posez...* » (M8).

Lorsqu'ils avaient terminé de définir les parcours de soins complexes, la majorité des médecins (M1, M2, M4, M5, M7, M8) avait tendance à chercher l'approbation du thésard : « *Ça serait ça ? Non ?* » (M4) – « *Ça me paraît pas mal.* » (M5) – « *Voilà ! Voilà moi j'aurais dit ça, c'est peut-être pas ça, mais moi j'aurais dit ça...* » (M7).

B. La pathologie du patient

M3, M4 et M9 ont fait référence au suivi d'un patient qui est atteint de plusieurs pathologies lorsqu'ils ont défini un parcours de soins complexes : « *C'est la prise en charge d'un patient qui a plein de pathologies [...]* » (M3) – « *Je dirais plutôt un patient polypathologique* » (M9).

M1 et M6 ont parlé d'un patient qui n'est pas forcément polypathologique mais dont la pathologie principale est elle-même complexe : « *Euh, après, pfff... La pathologie en elle-même... Euh... Mouais, si peut être aussi... La lourdeur de la pathologie !* » (M1) – « *Oui avec toute pathologie, complexe !* » (M6).

M2 décrit un patient, certes malade, mais dont la ou les affections peuvent passer au second plan dans la définition d'un patient de soins complexes : « *Alors oui, après euh... après c'est euh... c'est euh... des patients qui pourraient être complexes au niveau purement médical mais ça, souvent dans ces cas-là, ils sont suivis par des multiples spé [...] et en général ça, c'est géré (réfléchissant)... Fin, c'est pas là où je ressens des difficultés... le plus facilement.* » (M2).

C. Des intervenants multiples

Une prise en charge pluriprofessionnelle

Tous les médecins s'accordent sur le fait qu'un parcours de soin complexe est déterminé par une multiplicité des intervenants : « *Bah, quand y a plusieurs intervenants [...]* » (M1) – « *Un, une pathologie ou un ensemble de pathologies qui nécessitent plusieurs intervenants...* » (M4) – « *Un patient qui a un tableau pluriprofessionnel [...]* » (M5).

Les professionnels cités

Des professionnels de santé et des travailleurs sociaux étaient spontanément nommés.

M2 désignait les infirmiers, les kinésithérapeutes et les médecins mais aussi les assistantes sociales et les aides ménagères : « *[...] de plusieurs personnes style, euh bah, classique médecin-infirmière, voire même kiné et puis surtout des gens avec qui on a moins l'habitude de travailler... (prise d'inspiration) comme les assistantes sociales, euh... des... des des du personnel, des... du personnel pour le ménage [...]* » (M2).

La majorité des médecins (M3, M5, M6, M7, M8, M9) faisait référence aux autres médecins intervenant dans la prise en charge de ces patients et notamment les spécialistes : « *Il y a des intervenants correspondant aux spécialistes* » (M6).

Un lien entre les intervenants

Pour la quasi-totalité des interviewés (M1, M2, M3, M5, M7, M8, M9), le médecin généraliste était le lien entre les différents intervenants : « *[...] quand je dois appeler plein de monde* » (M1) – « *[...] du coup d'où notre rôle de médecin généraliste de regrouper un peu tous les avis de tout le monde.* » (M7). Il assurait ainsi un rôle de coordonnateur des soins : « *[...] nous on est un peu au centre, on reçoit les courriers de tout le monde [...]* » (M2) – « *C'est le rôle du médecin traitant d'aller coordonner tout, toutes ces différentes pathologies avec les différents spécialistes* » (M3) – « *[...] il faut coordonner et essayer d'organiser, de hiérarchiser les examens [...]* » (M5) – « *[...] auprès de plusieurs spécialistes, en passant à chaque fois par le médecin traitant, euhhh, entre 2 quoi !* » (M8).

2. La définition de la Loi de 2016

A. Approbation des médecins

Tous les médecins ont approuvé la définition de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016 : « *Oui. Oui, c'est euh...* » (M4) – « *D'accord ! Ok !* » (M8).

La majorité (M1, M2, M3, M5, M7, M9) émettait aussi une certaine satisfaction par rapport à la réponse qu'elle avait donné juste avant d'entendre celle énoncée par le thésard : « *Bah voilà, j'ai gagné alors !* » (M2) – « *Bon j'étais pas très loin.* » (M3) – « *M5 : Hum, hum... c'était ça !* » (M5) – « *Ah oui, ah oui là je l'avais !* » (M9).

M1 et M6 ont aussi émis une certaine pointe d'ironie face à cette loi. L'un a souri quant à la définition précise et l'autre a raillé la temporalité associée à la loi : « *Oui c'est une plus belle phrase !* » (M1) – « *Thésard : [...] ils ont été définis par la loi de Modernisation de notre Système Santé en janvier 2016 et ils (Coupé par M6) - M6 : Ah oui c'est très récent !* » (M6).

B. Apports de corrections

La dimension sociale

Certains médecins (M3, M4, M5, M9) ont élargi leur première réponse, corrigeant des oublis ou justifiant certains points qu'ils avaient omis. Ils avaient notamment négligé la dimension sociale dans leurs explications : « *Et après les assistantes sociales si le patient il est en situation précaire [...]* » (M3) – « *Yes, j'avais oublié les sociaux !* » (M4).

M7 ironisait sur son oubli concernant les travailleurs sociaux : « *[...] avec les dimensions sociales que l'on connaît bien ! Oui de toute façon on fait tous de la sociologie, hein !* » (M7).

La dimension psychologique

M3 avait ajouté à cette définition les prises en charge psychologiques des patients en situations complexes. Elle signalait qu'elle l'avait oublié et que cette dimension avait également été délaissée par la loi de 2016 : « *Et puis, peut-être aussi la prise en charge eeuuuuhhh... Plus, euhh, psy ou des choses comme ça... donc, alors les... les psy, je ne parle pas des psychiatres mais psychologues...* » (M3).

3. Fréquence estimée de suivi/prise en charge

A. Une situation rare

Cinq médecins (M1, M2, M7, M8, M9) estimaient que la prise en soin des patients en situation complexe était plutôt rare : « *Ooohhh, rarement !* » (M1) – « *Euhhhh, pfff, j'en ai mais c'est pas non plus fréquent. Oui, non, oui je dirais plutôt rare.* » (M8).

M2 se justifiait en expliquant que peu de personnes dans sa patientèle entraient dans cette définition simultanément : « *[...] des patients qui semblent rentrer dans cette définition en même temps c'est pas beaucoup... quand même (en acquiescent). Plutôt rare.* » (M2).

M7 précisait qu'il s'agissait peut-être d'un défaut de suivi en lien avec une structuration inadaptée : « *[...] parce que le système me semble pas bien fait mais c'est peut-être une questions après, mais c'est pas fréquent...* » (M7).

M9 ajoutait une certaine temporalité dans cette fréquence de suivi : « *Ouais, non ça c'est plutôt rare. Après ça dépend des semaines mais bon c'est quand même plutôt rare.* » (M9).

B. Une situation ponctuelle

M3, M4 et M6 concédaient prendre souvent en charge des patients avec des parcours de soins complexes : « *Euuuh... j'en ai parfois. Euh... Je ne peux pas dire un tous les jours mais... Euh, je dirais bien un par semaine.* » (M3) – « *Aaahhhhh je dirais souvent !* » (M6).

M4 expliquait qu'il s'agissait d'une approximation et que son type d'exercice rural pouvait être associé à une plus forte propension de patient en soins complexes : « *C'est une estimation un peu à la wanegain quoi (en souriant) ! Si tu veux dans, dans... quand tu es médecin généraliste, médecin traitant à la campagne, eeuuuuh... tes gens, tes patients, tu les connais de A à Z, [...] donc tu es de toute façon un intervenant plus que médical, tu es social, tu es voilà...* » (M4).

M6 avait quant à lui une justification beaucoup plus personnelle : « *Ouiiii (silence) je les attire ! Les merdes, je les attire ! (Regardant vers le dictaphone) Oups !* » (M6).

C. Une situation fréquente

M5 estimait que ces patients étaient plutôt fréquents dans sa pratique quotidienne : « *Ah oui je pense qu'on en a quand même au moins, presque tous les jours ! Peut-être pas plusieurs ou alors on n'a pas de chance et c'est une journée de brin ! (Rire) Au moins tous les jours.* » (M5).

III. Coordination des parcours de soins complexes

1. Exemples de parcours de soins complexes

A. Des exemples précis

Lorsqu'il s'agissait de donner un exemple de parcours de soins complexes, la plupart des médecins interrogés (M2, M3, M4, M5, M7, M8) avaient des situations précises en tête, vécues plus ou moins récemment : « Bah, là j'en ai une en tête en ce moment [...] » (M2) – « Alors en ce moment, oui, j'ai une patiente qui a une maladie neurodégénérative, un truc très très bizarre [...] » (M3) – « De situation complexe ? Ah Oui ! Ah oui oui ! [...] Bah un de mes patients, euhhh Monsieur C. [...] » (M7).

B. Des patients dépendants

Des patients âgés

M2, M3, M4, M5, M6 et M9 associaient la perte d'autonomie des patients âgés au parcours de soins complexes. M6 ajoutait que ces patients âgés, dépendants avaient des prises en charge sociales parfois difficiles : « [...] avec la population vieillissante, c'est des problèmes de prise en charge sociale [...] à un moment [...] il faut institutionnaliser parce que bon... même si je les suis quelquefois, il y a quelques fois où je les perds en route... » (M6).

M4 complétait cet exemple par la notion de polypathologique : « [...] un couple de personnes qui prennent de l'âge, [...] tu ajoutes à ça une ordonnance où t'as un anticoagulant, tu... faut un médicament de la douleur un petit plus fort... et tu commences à avoir des molécules que tu aimerais bien que ce soit... d'être sûre que les médicaments soient [bien] pris [...] » (M4).

Des enfants

M4 faisait référence aux enfants dans la gestion de patients dépendants. Elle expliquait qu'il était parfois difficile de se référer à des parents qui peuvent manquer de vigilance et ne pas suivre les recommandations médicales : « Il y a quelques situations où euh,... [...] c'est toujours difficile de dire où se situe le mauvais soin quand tu vois des enfants qui sont pas très propres ou qui ont une tête un petit peu voilà... qui ont une taille un petit peu limite, euh... que t'as déjà essayé d'envoyer 2-3 fois chez le pédiatre et que c'est pas forcément suivi... » (M4).

Des patients avec des troubles cognitifs

M1, M3, M4, M6 et M7 ont pris en exemple les patients avec des troubles cognitifs lorsqu'il s'agissait d'explicitier des parcours de soins complexes : « *Bah, le maintien à domicile, euhh... de patients Alzheimer, c'est relativement complexe.* » (M1) – « *[...] ça m'évoque la maladie du siècle, la maladie d'Alzheimer [...]* » (M4).

Des patients avec d'autres pathologies

Les médecins interrogés ont aussi associé la dépendance à des pathologies spécifiques.

Les pathologies neurologiques et neurodégénératives, autres que les troubles cognitifs, ont été cités par M3 et M7. M3 évoquait une patiente avec une maladie rare : « *Alors en ce moment, oui, j'ai une patiente qui a une maladie neurodégénérative, [...] là elle devient aussi, elle se grabatise [...]* » (M3). M7 pensait à un patient présentant de lourdes séquelles d'un accident vasculaire cérébral « *Euhhh il est incapable de prendre une décision et il veut pas entendre ce qu'on lui dit. [...] Il parle bien mais il comprend plus rien le monsieur !* » (M7).

Les patients avec des pathologies psychiatriques ont également été pris en exemple : « *[...] c'est une personne qui vit chez elle dans des conditions euhhh... d'hygiène et de... dans une maison délabrée avec probablement un syndrome de Diogène [...]* » (M2).

C. Des patients avec des difficultés sociales

Un isolement social et/ou familial

L'isolement social et/ou familial compliquait le suivi des patients pour M4, M7 et M8 : « *Et que je n'ai pas forcément de ressources familiales euhhh...* » (M4) – « *Il se retrouve à rentrer chez lui sans famille, euhhh hémiparétique, et avec son AVC qui a brûlé la moitié de son cerveau.* » (M7) – « *[...] parallèlement gros isolement social, euhh, à la maison, oui elle est complètement isolée, elle est seule, elle a pas de famille [...]* » (M8).

Une précarité importante

Pour M2, M3 et M8, l'insalubrité ou les conditions précaires de vie de certains patients étaient pris en exemple. Ils les mettaient aussi en lien avec des situations sociales mal définies : « *[...] on ne sait pas dans quelle situation sociale elle se trouve [...]* » (M2) – « *[...] et puis euhhh on l'a retrouvée dans un état d'incurie pas possible [...]* mais sa maison elle est vraiment dans un état de détérioration, c'est inimaginable ! » (M8).

Un lien médical et social étroit

Les conditions sociales des patients et leur état de santé étaient fortement liés pour M2, M4, M5 et M8. Ils associaient des difficultés sociales avec des difficultés de soin : « *Bah c'est tout ça, c'est vraiment médico-social pour le coup, c'est une personne qui vit [...] dans une maison délabrée avec [...] des pansements très, très lourds pour des plaies au niveau des membres inférieurs.* » (M2) – « *[...] donc tu es de toute façon un intervenant plus que médical, tu es social, [...] c'est rare les pathologies qui ne se gèrent pas sans la situation à la maison ou la situation en ce moment [...]* » (M4) – « *[...] l'état de santé et l'état cutané nécessitent vraiment qu'elle ait une toilette et des soins bien fait [...].* » (M5).

D. Des refus de soins

Un refus venant du patient

Pour M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9, les parcours de soins complexes pouvaient prendre la forme de refus de prise en charge. Ainsi, M8 expliquait qu'une patiente ne voulait pas réaliser des bilans pourtant nécessaires : « *Pour essayer de l'aider parce qu'elle, elle ne voulait pas du tout sortir de sa maison, elle voulait pas se rendre à l'hôpital...* » (M8).

Selon M4 et M5, le refus de soin était fréquent. M4 proposait de forcer la venue d'un intervenant extérieur : « *Parce que c'est pareil, en première instance les gens ils ont pas toujours envie qu'il y ait quelqu'un qui vienne voilà... tant qu'ils connaissent pas, donc j pense qu'il faut faire un peu le forcing.* » (M4). M5, quant à elle, insistait auprès de ses patients sur la nécessité d'un suivi régulier au domicile : « *[Pour elle,] je suis obligée d'y passer plusieurs fois par semaine pour lui réexpliquer qu'il faut continuer à ouvrir la porte à l'auxiliaire de vie ! Parce que sinon elle se laisse pas faire (rires) !* » (M5).

M6 et M7 essayaient des refus formels. M6 décrivait un patient âgé de plus en plus dépendant mais qui refusait une institutionnalisation : « *Il y a l'épuisement de la famille, [...] parce qu'il a toujours une exigence... 93 ans, bon je sais bien mais euh, mais c'est pas facile quoi !* » (M6).

Un refus venant de la famille

M3 décrivait une patiente avec de nombreux soins mais dont la famille s'opposait à une prise en charge : « *Des enfants qui interviennent chacun leur tour n'importe comment dans n'importe quel sens, le mari qui est là mais [...] c'est mieux quand il n'y est pas !* » « *[...] on commençait à mettre un truc en place et hop la famille mettait dehors les intervenants et ils... donnaient pas les clés, c'était un truc d'un compliqué extraordinaire !* » (M3).

E. La coordination du patient en soins complexes

Coordination du suivi

Pour M4, M5, M6 et M8, les patients en soins complexes nécessitaient des rendez-vous auprès de différents spécialistes. Toutefois, ce suivi n'existait qu'avec l'adhésion du patient : « [...] *il faut essayer de hiérarchiser sinon ils sont pas partants pour faire tout d'un coup.* » « [...] *qui ont besoin de faire des bilans dans différentes disciplines...* » (M5).

Des patients de M4 ne se souvenaient pas des rendez-vous ce qui rendait leur suivi complexe : « [...] *j'ai dû appeler le cardiologue parce qu'elle ne savait plus si elle l'avait vu [...]* » - « *Je peux organiser tous les rendez-vous que, possibles et imaginables [...], je vais juste recevoir un mot du spécialiste 15 jours après : le patient ne s'est pas présenté à la consultation.* » (M4). Elle mettait ainsi en évidence l'importance d'un autre avis pour adapter les thérapeutiques : « *C'est pas facile d'être efficace au niveau thérapeutique là-dessus.* » (M4).

Coordination des patients de cancérologie

M5 et M6 précisait que cette coordination était plus importante encore pour les patients de cancérologie. Selon M5, il fallait s'adapter au patient pour mettre en place un suivi efficace : « *Après dans les découvertes de cancer, c'est parfois un peu complexe au début de mettre en route, [...] pour certains patients ça va trop vite [...] et pour d'autres il ne faut pas perdre une minute [...]* » (M5). M6 insistait sur la pluridisciplinarité de leur suivi : « [...] *les hospitaliers chirurgicaux, comme les radiothérapeutes, comme les oncologues, euhhh, et autres.* » (M6).

Coordination des équipes

Les médecins (M2, M6, M8) se sont décrits comme étant au centre des prises en charge notamment en coordonnant les équipes : « [...] *j'ai... dû contacter l'assistante sociale [...]* » (M2) – « *Nous à ce niveau-là on est plutôt coordinateur, hein.* » (M6) – « [...] *voilà donc faire intervenir les services sociaux, une équipe infirmière quotidiennement, [...] pour essayer d'avoir un traitement à peu près équilibré et de la maintenir comme ça !* » (M8).

2. Ressources à la coordination des parcours de soins complexes

A. Les professionnels de santé

Les paramédicaux

La totalité des médecins interrogés travaillaient avec des professions paramédicales pour la prise en charge de leurs patients. Ils ont cité les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les psychologues, seuls ou en équipe.

Tous les médecins citaient les infirmières : « [...] il y a tout un tas de soins, de... regroupement infirmiers [...] » (M1) – « Infirmières libérales ! » (M4) – « [...] le SSIAD [...] » (M5).

Les aides-soignants faisaient partie des équipes pour M1, M3, M6, M9 : « Les filles, les infirmières, les aides soins [...] » (M3) – « Les aides soins pour la toilette... » (M9).

Les kinésithérapeutes étaient désignés par M2, M3, M6, M7, M8 : « [...] les kinés, enfin voilà toutes les équipes paramédicales qui gravitent autour de nos patients ! » (M7).

M3 et M5 pensaient aussi aux psychologues : « Les psy, je ne parle pas des psychiatres mais psychologues [...] » (M3) – « [...] le psycho-addictologue [...] » (M5).

Un pédicure-podologue était mentionné par M8 puisqu'il exerçait dans la même maison de santé : « Pédicure-podologue, on en a un sur le cabinet [...] » (M8).

Les médicaux

Les médecins de spécialités étaient nommés par M2, M3, M5, M6, M8 : « [...] on va passer par le gériatre, le rééducateur [...] » (M6). Tandis que M7 portait l'accent sur la présence de ses confrères médecins généralistes de la maison de santé pour prendre en charge ces patients : « Pis après on a notre équipe quand même ! Les Médecins ne l'oublions pas ! » (M7).

M8 citait une sage-femme de leur maison de santé avec qui elle pouvait aussi échanger autour de patients complexes : « Euhh la sage-femme du cabinet, j'échange aussi beaucoup avec, sur, quand j'ai besoin, sur des patients qu'on a en commun, euhhh voilà ! » (M8).

B. Les travailleurs sociaux

Les assistantes sociales

Parmi les personnes œuvrant dans le domaine de l'action sociale, la plupart des médecins (M2, M3, M5, M7, M8, M9) citaient spontanément les assistantes sociales : « Et ici on a un travailleur social qui vient ! » (M5) – « [...] l'équipe d'assistantes sociales [...] » (M8).

Les auxiliaires de vie et aides ménagères

Ils ont été désignés par M2, M3, M5 et M6 comme ressources à la coordination des patients en soins complexes : « *Des des du personnel, des ... du personnel pour le ménage [...]* » (M2) – « *[...] les auxiliaires de vie [...]* » (M3) – « *[...] les aides ménagères [...]* » (M6).

D'autres ressources

M5 a nommé la communauté de commune comme aide supplémentaire : « *La COM de COM par le biais des services à la personne aussi...* » (M5). M8 avait quant à elle été soutenue par le maire pour une prise en charge complexe : « *[...] bon, y avait même le maire [...]* » (M8).

C. Les structures de soins

Les structures de soins à domicile

Ces structures sont des réseaux ou des associations mais aussi des services d'hospitalisation.

Le réseau de soins palliatifs PALPI80 a été cité par M1, M3, M8 : « *PALPI des fois...* » (M1).

L'association de soins à domicile Soins Service était nommée par M1 et M3.

D'autres associations de soins et de service à la personne étaient données en exemple par M7 : « *[...] l'association Saint Jean surtout à Péronne avec qui on travaille, récemment lui il a voulu travailler avec la Croix Rouge euhhh... et il a voulu travailler avec AZAE [...]* » (M7).

L'hospitalisation à domicile a été citée par M1, M3, M5, M6 : « *La HAD ça arrive, en ce moment j'en ai moins mais y a des périodes où j'avais 3 ou 4 patients en HAD.* » (M5).

Les structures de soins hospitalières

M6 et M7 ont indiqué qu'ils travaillaient avec les hôpitaux et les cliniques pour leurs patients complexes : « *Bah les structures, il y a toutes les structures médico-chirurgicales spécialisées du CHU ou des cliniques...* » (M6) – « *[...] et puis les hôpitaux quand même qui font quand même leur travail, ne les oublions pas !* » (M7).

M6 avait également associé SAMU dans la prise en soin de ces patients : « *Et puis, et puis et puis...et puis quelque part il y a le SAMU aussi !* » (M6).

Les établissements spécialisés

M6 et M7 ont cité les CMP et les EPHAD comme ressources utiles : « *Après il y a toutes les structures de gériatrie aussi.* » (M6) – « *[...] le CMP à Péronne et à Roye [...]* » (M7).

D. Les aidants

Pour M1 et M4, les aidants constituaient des ressources importantes dans la coordination des parcours de soins complexes. M4 indiquait même que la famille pouvait lui faciliter le suivi de ces patients : « [...] des situations où justement j'ai quelqu'un de la famille qui est méga au taquet, quel confort ! » (M4). Il s'agissait d'acteurs essentiels : « [...] le principal problème du vieillissement des gens, ce sont les enfants qui en sont le plus souvent amenés à gérer. » (M4). Toutefois M3 et M4 nuançaient cette réponse. M3 évoquait une famille qui n'avait pas ce rôle « d'aidant » mais plutôt d'obstacle à la bonne prise en soin : « Là les aidants ils sont pas, il sont pas aidants du tout [...] C'est même des aidants qui mettent des bâtons dans les roues. » (M3). M4 confirmait ces propos : « Ou alors si j'en ai une bah euh elle n'est pas toujours à mon sens assez, assez efficace pour faire de la médecine efficace... ! » (M4)

E. Géographie des ressources

Les médecins (M1, M4, M5, M7, M8) faisaient remarquer que les ressources qu'ils avaient à disposition étaient des ressources qui dépendaient des secteurs où ils exerçaient ou du lieu d'habitation des patients : « Bah, ici c'est à peu près tout... » (M1) – « Donc à la campagne, on fait avec les moyens du bord et sans spécialiste (rires) ! » « C'est vrai que géographiquement ça joue aussi ! » (M5) – « Qu'est-ce qu'on a dans le secteur ? » (M7). M4, M5, M7 et M8 exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire et y trouvaient une facilité dans la gestion des ressources : « C'est vrai, bah de toute façon ici, dans notre maison médicale, on a un groupe de 6 infirmières [...] » (M4) - « Globalement c'est cette équipe-là ! » (M8).

IV. Besoins et difficultés dans la coordination des parcours de soins complexes

1. Des besoins et des réponses

A. Un soutien extérieur

Une expertise

M2, M6, M7 et M9 évoquaient la recherche d'une expertise dans les équipes avec lesquelles ils travaillaient : « Une expertise... Quel que soit le niveau une expertise [...] » (M6).

M2, M7 et M9 justifiaient ce besoin d'expertise : « [...] les spé nous apportent bah des choses qu'on ignore parce que c'est pas notre rôle [...] » « Donc c'est son expertise, ouais vraiment sur des sujets qu'on ... soit qu'on maîtrise mal, soit, le pire, qu'on ignore complètement. » (M2) – « Et bah qu'ils m'apportent des réponses où on est nul en fait, hein [...] » (M7).

Une disponibilité

Pour certains médecins interrogés (M1, M3, M4, M8), c'est la disponibilité des intervenants avec lesquels ils avaient l'habitude de travailler qui était importante : « Euh, une disponibilité [...] » (M3) – « [...] franchement on a des gens disponibles donc ça se passe bien. » (M8).

M1 et M3 citait même en exemple la structure de soins palliatifs PALPI80 dans la disponibilité et l'aide apportée : « [...] avec PALPI on échange beaucoup [...] » (M1) - « [...] PALPI. Alors ça, c'est, c'est, c'est mes vénérés (rires) parce que voilà on a un problème [...] y'a toujours quelqu'un pour te répondre, pour te conseiller. Et ça c'est vraiment extra ! » (M3)

Une aide supplémentaire

M1 mettait en évidence l'aide apportée par son réseau avec une anticipation sur certaines prises en charge : « Non j'en attends pas beaucoup puisqu'ils me donnent tout en fait. » « [...] j'ai tout de suite quelqu'un qui va m'aider en fait ! Voir même, qui va, qui même anticipe ! » (M1). M8 expliquait qu'il s'agissait d'un regard extérieur et de nouvelles idées : « [...] elles vont me donner leur avis, elles vont me donner des idées [...] » (M8).

Enfin, M1 et M4 soulignaient l'aide apportée dans les prescriptions qu'ils faisaient : « [...] pour me mettre au courant, pour me donner des infos, pour m'aider à la prescription ! » (M1) – « J'ai aussi des patients de 85 balais qui sont tout à fait aptes à gérer un traitement [...] Mais dès lors que euh... que tout ça pose problème, les infirmières libérales elles sont vraiment un relai pour beaucoup de choses ! » (M4).

B. Un soutien interne

Un relai au domicile

Selon M1 et M4, les différents intervenants permettaient de suivre le patient au quotidien : « [...] pour me mettre au courant, pour me donner des infos [...] » (M1) – « [...] elles ont pris un rôle de plus en plus primordial auprès des gens [...] et c'est souvent elles qui justement me renseignent sur [...] [le] quotidien ? » « Bah en fait même si en tant que médecin gé, je suis proche des gens, elles sont encore plus proches que moi des gens [...] » (M4).

Une aide à la prise des traitements

Pour M4 et M8, ces intervenants étaient nécessaires au suivi des prises de traitements : « [...] j'utilise beaucoup les infirmières pour « faire donner les médicaments » au gens que j'estime que c'est compliqué. » « [...] ce que moi je, je prescris mensuellement par exemple, [...] je sais si quotidiennement ça a été appliqué, comment c'est supporté, euh... c'est, c'est vraiment une assurance que tout va bien entre guillemets quoi. » (M4) – « Et puis les infirmières qui passent régulièrement pour surveiller le traitement [...] » (M8).

Une assistance familiale

M4 relevait que la famille pouvait aussi avoir ce rôle de surveillance au domicile, que ce soit pour l'évolution quotidienne du patient dans son environnement ou pour la prise des traitements et des rendez-vous : « D'arriver dans une maison où quelqu'un vient, accompagne par exemple la personne âgée, qui me fasse un topo sur qu'est ce qui se passe à la maison en ce moment, les rendez-vous à venir, etc., etc., Voilà ! » (M4).

C. Un travail conjoint

Un échange de compétences

La quasi-totalité des médecins (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9) expliquait que le travail en équipe permettait de faire profiter des compétences de chacun des intervenants.

Pour M4, M5, M6, M7, M8 et M9, chacun avait un rôle à jouer : « C'est chacun son rôle [...] C'est à double, c'est voilà, c'est un travail ensemble [...] » (M4) – « Et bien, on travaille en équipe, donc chacun fait sa part du boulot ! » (M5).

M3 et M8 précisait que cet échange passait par une aide pour la prise en charge de leurs patients : « Bah déjà, de, de prendre, de m'aider à prendre en charge mes patients. » (M3) – « Enfin voilà moi j'estime, ils ont leurs compétences et ils ont à m'apporter parce que voilà je suis loin de tout savoir [...] » (M8) – « Il y a des choses où les infirmières savent mieux que moi ! Comme pour les pansements... » (M9).

Une adaptabilité

Des médecins (M3, M4, M5, M8) soulignaient qu'il était important que les intervenants aient une certaine capacité d'adaptation, tout comme ils en faisaient aussi preuve. Elle se retrouvait dans les modes de communication utilisés : « [...] je peux les appeler et puis elles peuvent me

dépatouiller facilement. » (M3) – « Avec les, les professionnels du réseau, on fait beaucoup par téléphone portable » « Les échanges que j'ai par mail ou par photo ou par SMS [...] » (M5). Cette faculté à s'adapter était aussi soulignée dans la façon de travailler des interlocuteurs : « Un coup de fil, et puis que ce soit pas [...] trop rigide, [...]. On se dépatouille, on arrive, on régularise, « tu peux passer à la pharmacie chercher le traitement ». [...] Enfin c'est avoir une aide qui soit, qui soit mutuelle ! » (M3) – « [...] je fais un changement de traitement, je mets, c'est l'infirmière qui récupère l'ordonnance [...] » (M4) – « [...] par téléphone ou même juste par textos, euhhh parfois des photos de pansements, voilà quoi, euhhh... » (M8).

Un contact humain

La moitié des médecins (M1, M3, M4, M5, M6) indiquaient que le contact humain, la convivialité aidait à la bonne prise en soin des patients : « Que ce soit en HAD ou même avec PALPI on échange beaucoup [...] » (M1) – « [...] on se croise au moins tous les jours avec les infirmières, on échange » (M5) – « C'est important aussi et une certaine humanité [...] » (M6).

Centré patient

M3, M5 et M8 précisait qu'il fallait toujours remettre le patient au centre de la prise en soin, ce qu'ils faisaient avec leurs équipes : « [...] d'essayer de faire quelque chose de cohérent, correct et acceptable pour le patient. » « [...] dans l'urgence ou pour le confort du malade, j'estime qu'on pourrait passer un petit peu plus facilement... » (M3) – « [...] ça permet de faire profiter le patient de, voilà, d'être vraiment plus globale dans la prise en charge ! [...] tous centrés sur le patient... Pour le confort, le bien-être du patient, voilà !!!! » (M8).

D. Des réseaux en place

Certains médecins (M1, M3, M5, M8) parlaient de réseaux quand ils évoquaient les professionnels avec lesquels ils travaillaient pour leurs patients complexes. M1 justifiait ainsi l'absence de besoins particuliers : « Non, franchement ici, moi je suis vraiment bien aidé ! » « Ouais, il y a vraiment un réseau très bien organisé ! » (M1). M3 avait des contacts plus rapides : « [...] le numéro de téléphone perso des médecins qu'on veut joindre. » (M3). M4, M5 et M8 précisait que c'était une des raisons pour laquelle elles étaient en maison de santé : « [...] c'est pour ne pas être isolé et pour pouvoir travailler en réseau et efficacement. » (M4) – « Oui voilà un petit réseau. » (M5) – « Ouais ouais c'est chouette, c'est chouette de travailler dans ces conditions-là c'est chouette !!! » (M8).

2. Des difficultés persistantes

A. La gestion du temps

Une activité chronophage

Tous les médecins ont fait référence au temps : « *Ça prend beaucoup, beaucoup, de temps...* » (M4) – « *[...] oui effectivement le temps c'est un facteur très important. Ça c'est sûr !* » (M8). M7 ajoutait l'absence de reconnaissance par la sécurité sociale : « *[...] on y passe une demi-journée et on n'est pas payé... [...] c'est compliqué à trouver dans l'emploi du temps !* » (M7). M6 faisait le même constat mais du côté des patients : « *Et qu'on ne puisse pas être là tout le temps ! Ah après il y a tout le côté social aussi où il faudrait qu'on apporte tout pour son proche [...] « J'y ai le droit », le fameux « j'y ai le droit », qui est quand même euhhh...* » (M6).

Du temps insuffisant

M4, M7 et M9 déclaraient ne pas avoir assez de temps à consacrer à cette activité : « *J'ai vraiment pas le temps !* » (M4) – « *Non, non, non, non, non...* » (M9).

Ils justifiaient ce manque de temps par des démarches administratives trop lourdes : « *[...] je le passe déjà beaucoup trop à remplir des dossiers [...] Je passe ma vie à ça... !* » (M4) – « *[...] il y a beaucoup d'administratif [...] il y a des certificats, il y a des machins [...]* » (M7).

M5 soulevait aussi ce point : « *[...] prendre trop de temps administratif [...]* » (M5).

Le fait d'avoir des journées déjà chargées était avancé : « *Bah j'ai pas une heure à consacrer à chacun de mes patients par jour. D'autant plus que je t'ai dit que j'en voyais une trentaine par jour... tu comptes.* » (M4).

Enfin, la multiplicité des contacts augmentait ce temps passé pour M2, M3 et M7 : « *Rencontrer l'assistante sociale, c'est déjà une demi-heure au téléphone [...] après il faut revoir les patients et puis tout ça donc ça prend du temps.* » (M2) – « *Mais quand tu dois téléphoner à l'hôpital, et que tu téléphone 15 fois, et [...] ça te renvoie au standard qui te renvoie à un numéro qui répond toujours pas... là on perd vraiment beaucoup de temps [...]* » (M3).

Du temps à prendre

M3, M6 et M8 disaient qu'il fallait prendre le temps : « *Bah, je prends le temps* » (M3).

Ils s'adaptèrent avec une organisation différente : « *Après il faut se débrouiller et [...] on sait que le jour où on va aller chez ce patient qui est un peu compliqué et bah on y va et on prend un peu plus de temps, on prend moins de visites et puis on y arrive toujours !* » (M3) – « *[...]*

c'est-à-dire que dès qu'il a des choses à faire je le fais tout de suite quitte à oui effectivement prendre du retard sur ma journée mais j'essaie de tout mettre en place tout de suite pour euh la suite, donc je ne perds pas trop de temps... » (M8).

Un temps suffisant

M1 et M5 avaient assez de temps pour gérer leur activité de coordination. Pour eux c'était grâce au réseau qui les épaulait : « *Bah oui oui oui, ils me font gagner du temps en fait !* » (M1) – « *M5 : Oui. - Thésard : Parce que c'est déjà bien organisé ? - M5 : Oui.* » (M5).

M2 et M8 justifiaient un temps suffisant car ils avaient peu de patients en soins complexes : « *Moi ça va. Je ne suis pas, j'ai du temps [...] parce que c'est pas trop fréquent !* » (M2) – « *Mais euh, je pense que c'est parce que j'en ai peu [...]* » (M8).

B. La gestion médico-sociale

Une filière mal maîtrisée

Le manque d'habitude était pointé par M2, M5, M6 et M7 : « *On a l'habitude d'appeler les infirmières, les kiné, les spé, on n'a pas forcément l'habitude de contacter les travailleurs sociaux.* » (M2) – « *[...] du social, c'est une situation qui me met en difficulté.* » (M4).

M7 avouait ne pas toujours trouver d'intérêt pour cette filière : « *[...] une partie de la médecine qui honnêtement ne me passionne pas du tout... [...] c'est pas ce qui m'intéresse [...]* » (M7).

M2, M4, M5 et M7 justifiaient leurs lacunes par un manque de formation : « *[...] c'est... vraiment pas notre formation !* » (M2) – « *[...] les structures sanitaires et sociales que je ne connais pas forcément ou que je ne maîtrise pas !* » (M5). M7 résumait le tout et proposait des solutions : « *[...] c'est ce qu'on apprend un peu sur le tas [...] dans les cours on n'apprend jamais le nom de l'association qui est dans le coin [...]* » (M7).

M2, M4, M7 et M8 continuaient à découvrir certains contacts : « *[...] je me suis rendue compte bah que finalement il suffisait d'appeler les gens [...]* » (M2) – « *que j'avais pas idées qu'on pouvait bosser, type AZAE, j'aurais jamais pensé à appeler AZAE pour ça quoi !* » (M7) – « *[...] et donc voilà quoi, on a dû faire même intervenir le maire alors vous voyez.* » (M8).

Une filière mal organisée

M2, M4, M5 et M7 dénonçaient un manque d'information : « *Donc c'est vrai qu'ils gèrent entre eux, [...] ça passe pas forcément par nous.* » (M5) – « *[...] je ne connais pas encore tout le monde et que je suis encore très mauvais [...]* » (M7).

Pour M4 et M7, cette information venait parfois des patient ou des famille : « *J'ai par exemple, [...] des patients qui bénéficient à la maison de passages d'un réseau d'infirmiers qui s'occupent [...] des gens Alzheimer [...] c'est la fille qui s'est renseignée [...]* » (M4) – « *[...] on apprend des choses avec les patients qui ont pleins de choses à nous apprendre.* » (M7).

Ils étaient satisfaits par cette implication mais déploraient le fait de pas connaître ces structures auparavant : « *[...] voilà ça c'est pas fait par mon biais et je suis très contente que ce soit en place mais c'est vrai que euh...* » (M4) – « *Mais en fait on était nul parce qu'on [...] est dans le « démerde-toi » et je fais ma partie de mon côté quoi !* » (M7).

M2, M7 éprouvaient des difficultés devant l'absence de circuit dédié : « *Peut-être que d'autres médecins que moi font différemment mais je trouve qu'on n'a pas un, un... une filière, un chemin facile vers, ... les assistantes sociales...* » (M2).

Enfin, M5 et M7 relevaient les difficultés de communication en lien avec le partage du secret médical : « *[...] ils sont pas cryptés alors je sais que pour le secret médical c'est pas terrible [...]* » (M5) – « *Le dernier problème c'est le secret médical, en fait on peut rien leur dire et on peut juste dire « Amen et ok ou pas ok ». Et puis il faut le faire en présence du patient, et c'est parfois compliqué parce qu'on a pas envie qu'il sache tout ce qu'on se dit dans son dos.* » (M7).

C. Une coordination difficile

Un patient de soins complexes

M2, M3 et M6 admettaient que les difficultés de coordination étaient parfois en lien avec la complexité de certains patients : « *[...] il y a des patients qui sont tellement complexes que des fois on prend même plus vraiment de décisions, [...] des fois c'est compliqué d'avoir un avis sur des patients comme ça, voilà.* » (M2) – « *La famille qui vous fait confiance en tant que médecin généraliste ne comprend pas qu'on ne puisse pas être expert partout !* » (M6).

Un suivi pluridisciplinaire et rôle du médecin généraliste

M2, M3 et M8 décrivaient ce suivi comme étant difficile : « *Les intervenants qui se multiplient c'est souvent nécessaire parce que chacun gère sa partie, mais ça complique énormément les choses [...]* » (M2) – « *Fin, c'est un truc, c'est, c'est une véritable usine à gaz.* » (M3).

M2, M6 et M9 évoquaient la difficulté de maintenir leur rôle central de médecin généraliste : « *C'est quelquefois les correspondances qui s'accaparent le patient !* » (M6) – « *[...] et après c'est savoir ce qu'il s'est passé, ce qu'ils ont dit...* » (M9).

Ils déplorait la passivité imposées par certaines situations complexes : « [...] du coup c'est parfois compliqué parce bah... [...] on reçoit tout et puis finalement on est presque plus acteur. » « Des patients tellement complexes et suivis par tellement de spé qu'effectivement on a un eu l'impression, comme si on était à côté [...]. Nous on est au courant de tout, contrairement peut être à chaque spé, mais en gardant un rôle relativement passif. » (M2)

Des difficultés de communication

M3, M4, M5 M8 et M9 soulevaient des difficultés de communications avec les spécialistes pour la prise de rendez-vous ou le suivi de correspondance : « [...] je me galère tellement déjà à trouver des rendez-vous, dans telle spécialité y'en a plus [...] » « [...] j'dois rappeler dans 5 minutes parce qu'il est pas dispo... » (M4) – « C'est plus compliqué parfois avec l'hôpital [...]. Par APICRIPT on n'a pas beaucoup de courrier mais par mail j'arrive à obtenir ce que je veux... Par téléphone, c'est plus compliqué... » (M5).

M3 avait ses astuces pour communiquer plus rapidement mais ce n'était pas une solution idéale : « [...] c'est bien quand on a le téléphone, le numéro de téléphone perso des médecins qu'on veut, qu'on veut joindre. Mais, après on peut pas en abuser non plus tout le temps. » (M3).

Des difficultés de prise en soin

La grande majorité des médecins (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9) avait cité le refus de soin comme un exemple de parcours de soin complexe. Il s'agissait également d'une difficulté à la coordination des parcours complexes : « Après faut que les patients ils jouent le jeu et qu'ils fassent leur part du boulot ! Je ne peux pas les accompagner en consultation [...] » (M5) – « Mais c'est compliqué parce que lui il va pêter un câble si on le sort de chez lui ! » (M7).

M3 donnait aussi en exemple la rigidité, le manque d'adaptabilité de certaines structures de soins : « C'est pas écrit dans le dossier donc ils le font pas et on a beau dire « vous pouvez le faire » (changeant de ton) « non si c'est pas écrit je le fais pas ! » (reprenant son ton) et ça, et ça, la psychorigidité c'est un frein terrible ! [...] (changeant de ton) « Ah bah non parce que c'est pas mis sur l'ordonnance », tu dis « oui mais c'est écrit dans le dossier » (nouveau changement de ton) « oui mais on a pas d'ordonnance ». Donc bon... il y a des conneries comme ça qui sont faites ! Alors ça, ça m'exaspère terriblement ! » (M3).

3. Des idées d'amélioration

A. Rencontrer

Une convivialité

Certains médecins ont sollicité une rencontre avec les acteurs des parcours de soins complexes. M1 regrettait de ne pas connaître certains professionnels avec lesquels il travaillait : « *Peut-être les voir, les gens.* » « *Hummm... un café (en souriant) !* » (M1).

M7 et M8 souhaitaient aussi organiser des réunions pour discuter de dossiers de patients compliqués : « *Et après c'est de toute façon intéressant qu'on puisse les rencontrer de vive voix pour discuter cas par cas de certains patients.* » (M7) - « *[...] ce serait de faire des réunions avec tous les acteurs et que tous les acteurs arrivent à se libérer en même temps [...]* » (M8).

M4 souhaitait rencontrer les personnes qui pourraient constituer des ressources méconnues pour la coordination des parcours complexes. Elle voulait qu'on vienne la solliciter à son cabinet : « *[...] donc peut-être que ce que j'aurais besoin c'est que les gens viennent vers moi pour venir se présenter, pour venir dire : « il existe ça et voilà ».* » (M4).

Une temporalité

M1 proposait une temporalité dans ces rencontres : « *[...] une réunion, je ne sais pas, peut-être trimestrielle ou semestrielle ça suffirait largement je pense !* » (M1).

B. Informer

Le manque de formation et d'information sur les structures existantes était une des difficultés mise en avant par les médecins généralistes. M2, M4, M7 préconisaient donc une information spécifique et utile pour leur pratique quotidienne : « *[...] parce que des fois on se dit juste « ouais, il faudrait faire quelque choses » ; mais je ne sais pas où appeler, je ne sais même pas forcément bien où appeler l'assistante sociale [...] on n'est pas forcément au courant de tout ça, justement.* » (M2) – « *[...] dans les cours on n'apprend jamais le nom de l'association qui est dans le coin, quoi, je veux dire, ce qui est complètement idiot parce qu'en pratique c'est ce qu'on a besoin !* » (M7).

C. Faciliter la coordination

Diminuer la tâche administrative

M3, M4, M7 et M9 souhaitaient une diminution du temps passé aux tâches administratives afin de pouvoir passer plus de temps à leur pratique médicale : « *Je passe ma vie à ça [...] et du coup je suis encore obligée de faire des démarches et des démarches...* » (M4) – « *Supprimer l'administratif, supprimer l'administratif !!!* » (M7).

M3 mettait aussi l'accent sur des soins centrés sur le patients plutôt que sur des obligations légales : « *Bon c'est vrai qu'on doit avoir des, des choses qui soient écrites, qui soient correctes et qui soient bien, bien déterminées mais [...] avec les écrits, les obligations de ceci ou de cela et mettre le confort du patient en avant plutôt que « c'est écrit ou pas écrit dans le dossier » ou « vous avez fait ou vous avez pas fait l'ordonnance qui fallait. »* » (M3).

M7 prenait l'exemple de l'absurdité de certaines demandes : « *J'ai une patiente qui tout à l'heure qui m'a parlé de son fils qui est infirme moteur cérébral, et qui donc fait ses redemandes de MDPH tous les 5 ans donc voilà, donc c'est pareil c'est d'une absurdité du système qui me sidère encore aujourd'hui quoi !!!* » (M7). Il évoquait aussi des compensations financières pour ces activités : « *[...] la SECU pourrait faire des prestations de compensation [...]* » (M7).

Créer un réseau spécifique

M2, M3, M4, M5 et M7 souhaitaient voir naître un nouveau réseau pour la coordination des parcours de soins complexes : « *[...] une personne qui soit vraiment dédiée à l'organisation des soins et de la prise en charge.* » (M3) - « *[...] que ce soit simple !* » (M4).

M2 décrivait une forme unique : « *Un numéro, une personne, un référent...* » (M2).

Un logiciel commun

M5 préconisait un logiciel commun, de partage pour les différents intervenants de ce réseau : « *D'avoir un logiciel partagé ! [...] parfois il y a des interruptions ou des choses qui ne se font pas dans la continuité parce que tout le monde ne partage pas le même logiciel...* » (M5).

Déléguer une part de la coordination

M3, M4, M7, M8 et M9 demandaient à avoir une personne ou une structure pour les aider dans la gestion des parcours de soins complexes. Elle serait notamment un relai pour la prise de rendez-vous ou la correspondance avec les spécialistes : « *D'avoir un numéro de téléphone et savoir que [...] c'est cette personne-là qui peut prendre les rendez-vous, qui peut rappeler les spécialistes, qui peut appeler l'intervenant X ou Y.* » (M3) – « *Ce qui serait super, c'est que*

j'ai juste à dire : « ce patient il a besoin de ça, ça ou ça » ... et que derrière quelqu'un s'en charge et fasse tout ça, quoi, suive un petit peu le système ! » (M9).

M4 et M8 souhaitaient que cette personne se charge également de la coordination médico-sociale, les sollicitant pour les patients qui pourraient en bénéficier : « [...] il devrait y avoir des, des gens qui mettent ça en place ou qui viennent me voir : « quel est à l'instant T les patients qui seraient candidats à ça éventuellement ? ». » (M4) - « Que quelqu'un prenne les rendez-vous, s'occupe de contacter tel ou tel organisme pour le patient... » (M9).

Une structure d'accueil

M5 voulaient une nouvelle structure d'accueil pour les cas de « semi-urgences », rapidement disponible et permettant un suivi plus rapproché du patient pour laisser le temps à la prise de décisions : « Euhhh, les structures d'accueil, euh, je dirais pas d'urgence mais de court séjour quand il y a une décompensation quelque part, éviter les allers-retours urgences-domicile [...] Qu'il puisse y avoir du temps pour réfléchir sur le devenir » (M5).

V. Plateformes territoriales d'appui

1. État des lieux des connaissances

A. Méconnaissance du dispositif

La grande majorité des médecins (M1, M3, M4, M6, M7, M8, M9) ne connaissait pas l'existence de ce dispositif d'appui à la coordination : « Alors pas du tout ! » (M7).

M3 et M4 ont essayé de se rappeler si elles avaient déjà entendu ce nom : « Euhhh, dis comme ça, non ! Alors après si tu m'expliques ce que c'est, tu me donnes des noms, peut-être que je vais me dire « ah ouais effectivement, je sais, je connais ! ». » (M3) – « Non, P, A... non parce que des fois on parle en abréviations » (M4).

B. Connaissance du dispositif

M2 en avait déjà entendu parler mais il ne savait pas le définir ou en donner une définition : « Oui ! Tout à fait, récemment et je sais plus du tout où... Mais oui j'en ai entendu parler, mais j'sais pas vraiment [...] » (M2). Il ne savait plus où il avait entendu ces informations : « [...] peut être dans une formation là, pour les MSP ou je sais pu. » (M2).

M5 le définissait comme une sorte de réseau sans pour autant en donner les acteurs ou des précisions sur l'organisation : « [...] c'était une forme de réseau qu'il avait déjà créé il y a plusieurs années, que ça fonctionnait quand les gens ils s'y impliquaient... [...] » (M5).

Elle avait été informée par un de ses collaborateurs et par un agent de la sécurité sociale : « Il y a un projet de réseau, d'ailleurs qui est soutenu par le Docteur N., mais bon... » - « La Sécurité est venue il y a 3 semaines, nous en parler, ainsi que des [...] auxiliaires médicaux ! » (M5).

2. Réactions des médecins généralistes

A. Des médecins favorables

La grande majorité des médecins (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9) semblaient favorables à ce dispositif : « Ah bah ça se serait vraiment très chouette ! Tu vois j'en ai rêvé alors tu vas le faire (rires complices) ? » (M3) – « C'est beau tout ce que tu dis (en souriant) ! » (M4).

M1 avait déjà un réseau actif et nuanceait donc sa réponse en souhaitant une installation pour les zones sous dotées : « Bah oui, si c'est bien pour les territoires où c'est pas suffisamment organisé, bah oui. » (M1).

B. Des questions

Des PTA encore absentes

M2, M3, M6, M7, M8 et M9 s'étaient posés la question d'un dispositif déjà en place sur le territoire : « Et y'a ça à Amiens (interloquée) ? » (M3) – « Et ça existe chez nous ? » (M6) – « Donc y a un numéro de téléphone ??? (Interloquée) » (M8).

M2, M6 et M8 se rassuraient de ne pas connaître le dispositif vu qu'il n'existait pas encore sur le territoire : « Ah bon je me disais, euhh voilà, je suis has-been ! Je vais reprendre des gouttes, parce que là ! (Rires complices) » (M6).

M7 et M9 raillaient la temporalité entre la publication de la loi et l'installation du dispositif : « Bon bah voilà 2016 on est en 2019 ça ne fait que 3 ans. » (M7).

Des doutes sur l'organisation

M2, M4, M5, M6 et M7 restaient toutefois un peu sceptiques sur l'installation de ce dispositif. Leurs questions portaient notamment sur l'organisation concrète : « Ça peut faire un peu usine à gaz [...] » (M3) - « Oui sur le papier ça à l'air bien » (M6) - « Joker pour l'instant ! » (M7).

M5 avait de nombreuses interrogations sur la structuration du dispositif : « *Euh... Je ne sais vraiment pas qui pourrait être ce numéro unique [...] mais c'est, c'est un genre de coordonnateur.* » « *Mais je ne sais pas comment ça s'organise, j'imagine ça s'organise déjà dans certaines régions et je ne sais pas comment ils font !* » (M5). Elle avait déjà fait quelques recherches mais ne se retrouvait pas dans l'implantation des PTA : « *[...] j'ai regardé les exemples et ça a l'air bien mais j'ai l'impression que c'est des, que c'est des zones où les professionnels ils sont plus isolés [...] Je ne sais pas, je trouve que nous ici, on est rapproché les uns des autres et je ne sais pas comment ça pourrait s'organiser.* » (M5).

C. Des attentes

Un réseau déjà en place

M1 attendait de ce dispositif qu'il puisse aider ses confrères puisqu'il avait déjà tout ce qu'il lui fallait grâce au réseau implanté dans son secteur : « *Bah, qu'ils aident mes copains au fond de la campagne, parce que moi je suis bien aidé !* ». Il comparait même son réseau à celui des PTA : « *Ouais, en fait, bah oui moi je l'ai ça, c'est comme s'il y avait ce truc-là qui avait organisé tout ça se passe ici.* » (M1).

La mise en œuvre du dispositif

M2 souhaitait voir cette structure se mettre en place : « *Bah qu'elle marche comme tu l'as expliqué là ! [...] Donc oui, bah que ce soit en place par exemple* » (M2). Il soulignait qu'elle devrait être réellement efficiente et évoluer en complémentarité de celles déjà en place pour faciliter la coordination des parcours complexes : « *M2 : [...] si c'est juste un truc en plus qui existe... - Thésard : Oui il ne faudrait pas que ce soit une structure supplémentaire qui évolue en parallèle des autres. - M2 : Bah voilà !* » (M2).

M2, M5 et M8 désiraient une information précise sur le dispositif pour bien connaître les modalités d'accès : « *[...] à un moment donné qu'on soit averti du fonctionnement, d'exactement ce qu'on peut en attendre et tout ça parce que si c'est juste un truc en plus qui existe ...* » (M2) - « *[...] et de m'en informer !* » (M8)

Déléguer des tâches

M7 souhaitait que les PTA lui fassent gagner du temps. Il voulait donc un interlocuteur capable de gérer la partie organisationnelle des soins : « *[...] on appelle et en fait dans un monde idéal faudrait dire « voilà j'ai un patient il va pas bien » [...]. Eux ils vont faire leur point et voilà*

ils nous rappellent, ils nous disent « voilà on fait ça, ça, ça ... qu'est-ce que vous en pensez ? ».» (M7). M3, M4, M5 et M8 partageaient les mêmes attentes. M5 ajoutait que cette ressource devait aussi lui faire gagner du temps administratif : *« [...] ça peut aider dans les démarches pour essayer de mettre en relation et ne pas remplir 300 fois le même questionnaire »* (M5). M6 précisait que la structure devait être réactive : *« Oui s'organiser et se poser plus facilement pour se dire : [...] Comment on peut organiser ce... pour diriger sur d'autres structures, etc. » Parce que quelquefois c'est urgent ! »* (M5). M7 et M8 souhaitaient garder un certain suivi de la situation de leurs patients : *« [...] on a une trace dans le dossier. »* (M7) – *« [...] pour savoir ce qui se met en place justement. »* (M8).

DISCUSSION

I. Discussion de la méthodologie de l'étude

1. Choix du sujet

Notre étude s'est intéressée aux besoins et difficultés des médecins généralistes de la Somme pour la coordination des patients en soins complexes. L'objectif principal était d'identifier ces besoins et ces difficultés afin notamment d'apporter des éléments de réflexion dans un contexte d'une possible création de Plateforme Territoriale d'Appui.

Il existait peu de travaux portant sur ce sujet. Certains étaient centrés sur des dispositifs déjà existants ou en cours d'installation [41,42] tandis que d'autres ont semblé servir de support à la création de PTA [43]. Tous ces travaux étaient récents et montraient que le développement de ces structures est jeune malgré une notion de coordination des soins présente depuis 2004 [2] puis une de fonction d'appui aux professionnels en 2016 [10].

L'accès aux soins peut être différent sur l'ensemble du territoire français [44,45], les besoins et difficultés des médecins généralistes également. Ainsi, nous avons réalisé une étude similaire à celles rencontrées dans la littérature mais divergente par la population et le territoire étudiés.

2. Diversité de la population

Tous les médecins généralistes inclus exerçaient dans le département de la Somme. Ils ont été contactés par téléphone. Seuls deux n'ont jamais donné suite aux appels.

Les médecins ont d'abord été sélectionnés dans le réseau de connaissance de l'interviewer. Ils ont été choisis selon leur lieu d'exercice pour couvrir un large territoire et se différencier en termes de ressources hospitalières (Centres Hospitaliers et Centre Hospitalo-Universitaire) et de réseaux de soins, de ressources à la coordination des parcours de soins complexes.

En dehors de leur diversité géographique, la diversité dans les modes d'exercice était aussi recherchée. Les médecins avec un exercice semi-rural ont été les plus représentés avec cinq médecins en milieu semi-rural, trois en milieu rural et un en urbain. L'exercice en maison de

santé correspondait à celui de six médecins sur neuf. Ils variaient aussi en activité puisque la majorité avait d'autres exercices que celui de la médecine générale en cabinet.

Cette répartition concorde avec celle décrite dans le « Portrait des professionnels de Santé » élaboré par la DREES en 2016 et qui confirme l'évolution vers un exercice de groupe, pluridisciplinaire pour les professionnels de santé de premier recours [46].

Enfin, les médecins généralistes différaient en âge et en temps d'installation. Un seul était installé depuis moins de 5 ans. Cette limite est considérée en psychologie cognitive et en pédagogie comme celle différenciant « expert » et « novice », pouvant laisser sous-entendre qu'il n'est pas encore expert sur l'ensemble des moyens à sa disposition.

3. Choix de la méthode

La recherche qualitative est un mode de recherche qui s'intéresse à l'expérience des participants dans leur milieu [22,29]. Ainsi, pour approcher au mieux les difficultés et les besoins des médecins généralistes, cette méthode nous a paru être la plus appropriée.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés lors d'interview en face à face, qui se sont toutes déroulées dans les cabinets des médecins généralistes. Le guide d'entretien a servi de support et a évolué au fur et à mesure des interviews. Des questions de relance ont permis de dynamiser les entretiens sans pour autant influencer les médecins interrogés.

Le recueil des données s'est arrêté lors de l'obtention de la saturation théorique des données [36]. Cette saturation a été obtenue vers le 6^{ème} entretien. Nous avons toutefois poursuivi les interviews pour étendre notre zone géographique de recueil et 3 entretiens supplémentaires ont permis de confirmer cette saturation des données.

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

4. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude tentait de répondre à une problématique originale qui explore divers champs de la médecine générale. Par son abord qualitatif, nous avons réussi à faire émerger de nombreuses données sur les significations, le ressenti et les points de vue des participants.

Les entretiens individuels nous ont paru plus adaptés que les *focus groups*. Ils ont permis de limiter l'inhibition de certaines personnalités et d'obtenir un discours libre, sincère.

L'échantillon a été constitué « en recherche de variation maximale » [26] afin de diversifier le profil des répondants et leur point de vue, critère auquel correspond bien notre échantillon.

Cependant, cinq médecins sur neuf sont Maîtres de Stages Universitaires au Département de Médecine Générale d'Amiens. Cette sur-représentativité est probablement en lien avec la méthode de recrutement puisqu'il s'agit parfois de praticiens rencontrés au cours de stages ambulatoires. Il existe sans doute un biais de sélection de type biais de recrutement.

Pour la réalisation de ce travail, l'enquêteur a été formé à la recherche qualitative mais cette étude est la première qu'il réalise. Nous avons donc respecté au mieux les critères de la liste COREQ [32] au cours des entretiens et de l'analyse des données.

L'interviewer a tenté de rester neutre et impartial, se libérant de réponses et de jugements préétablis. Toutefois, l'investigateur a déjà exercé au contact de certains des médecins interrogés. Il peut donc exister quelques biais de subjectivité de l'enquêteur.

Les participants ont pu avoir un comportement qu'ils ont souhaité faire correspondre aux attentes sociales et présenter ainsi un biais de désirabilité sociale ou de conformisme. De la même façon, des artefacts de questionnement peuvent être retrouvés lorsque les médecins interrogés ont adopté des comportements de réponse spécifiques, liés à la pensée d'un discernement, même partiel de l'objectif du questionnement [47].

Ces biais sont inhérents à la recherche qualitative et peuvent difficilement être contrôlés.

La transcription de l'ensemble des données a été pratiquée en tenant compte des aspects verbaux et non verbaux des discours. Pour limiter les biais de préconception, une triangulation des données a été réalisée par un confrère. La comparaison de l'analyse de ces 3 entretiens à la nôtre a montré une concordance en termes de densité et d'organisation des informations codées.

La saturation des données est intervenue après 6 entretiens et confirmée par 3 autres. Cette saturation peut être considérée comme rapide et est en lien avec un questionnaire trop directif, la subjectivité de l'investigateur ou une conformité dans les réponses des médecins.

Le validation du questionnaire d'entretien a été soumise à un pré-test sur deux médecins généralistes et la commission d'évaluation des thèses, composée de médecins généralistes enseignants. Aucun problème n'a été soulevé et le questionnaire a été approuvé.

La triangulation a permis de s'assurer d'une subjectivité moindre dans l'analyse des données. Ce sont donc des réponses similaires et un accord des médecins généralistes interrogés qui ont été retenus comme facteurs associés à la saturation des données des entretiens.

II. Discussion des principaux résultats

1. Des parcours de soins complexes

La définition de la loi de 2016 est « *Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* » [12].

Dans cette définition, la complexité semble s'exprimer par une pluridisciplinarité des intervenants pour la prise en charge d'un seul et unique patient. Ces intervenants sont des « *professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ». La quatrième partie du Code de la Santé Publique définit les professionnels de santé par : les professions médicales, les professions de la pharmacie et de la physique médicale, et les professions d'auxiliaires médicaux [48]. Les professionnels sociaux sont définis par leur exercice dans le Code de l'action sociale et des familles : « *[...] le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière.* » [49]. Cette définition n'est pas aussi précise et codifiée que pour les professionnels de santé. De même, nous n'avons pas trouvé de véritable définition pour les « *professionnels médico-sociaux* ». Ils semblent plutôt correspondre à des secteurs d'exercices notamment dans des établissements et/ou services sociaux et médico-sociaux strictement définis par l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles [50].

En dehors de la pluridisciplinarité de la prise en charge, la définition des parcours de soins complexes précise « *l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient* ». Il s'agit donc de s'attacher aux pathologies qui touchent le patient et/ou à son handicap et/ou sa situation sociale, chacun de ces états pouvant être associés ou non aux autres.

Pour les médecins interrogés, la multiplicité des intervenants est bien associée à un parcours de soin complexe, tout comme l'état de santé d'un patient avec plusieurs pathologies ou une pathologie complexe. Les professionnels spontanément cités sont issus du milieu de la santé

tandis que le milieu social et médico-social sont délaissés. Le fait d'omettre cet aspect dans la prise en soin des patients n'est relevée que par une minorité, qui corrige alors ses propos.

Pourtant, dans les exemples de parcours de soins complexes donnés par les médecins généralistes, c'est souvent la dimension sociale qui revient. Ils évoquent la dépendance sous différentes formes, à différents âges et ce qu'elle implique :

- Les patients âgés : l'accompagnement du vieillissement au domicile avec les difficultés sociales liées à l'isolement et/ou la nécessité d'augmenter les aides pour s'assurer de leur bonne prise en soin et de la réalisation des tâches quotidiennes (soins infirmiers, soins de nursing, auxiliaire de vie, ...).
- Les enfants : leur vulnérabilité rend nécessaire de bons soins parentaux et leur absence nécessite une mise en alerte du médecin et éventuellement des services sociaux.
- Les sujets avec des pathologies invalidantes : leur déficiences physiques et/ou mentales nécessitent un suivi régulier et des soins particuliers qu'il faut instaurer, suivre et faire évoluer en fonction de l'évolution du patient.

Cet aspect médico-social est aussi repris dans des exemples où les médecins exposent les problèmes sociaux des patients. L'isolement sociale est associé à une plus grande difficulté dans la gestions et l'organisation des soins. La précarité sociale est aussi mise en évidence avec des patients dont la pathologie nécessite des soins réguliers et des lieux de vie salubres mais que les ressource ne permettent pas forcément de satisfaire.

Il existe donc un décalage entre la définition de la loi de 2016 et celle des médecins généralistes, portant essentiellement sur l'aspect médico-sociale de la coordination des parcours de soins complexes. Cependant, cet oubli est spontanément corrigé lorsque les médecins exposent leurs exemples de parcours complexes.

2. Des besoins en réponse à des difficultés

Les médecins généralistes interrogés ont sollicité la création d'une structure, d'un réseau, d'un référent unique qui serait capable de les décharger d'une partie de leur activité de coordination des parcours de soins complexes. Ils justifient ce choix par une tâche chronophage, entravées par différents aléas. La coordination des suivis spécialisés est mise en avant. Les spécialistes sont décrits comme peu disponibles avec des rendez-vous qui sont difficiles à planifier, puis une correspondance qui a du mal à s'établir, nécessitant des relances régulières. Ils ne

souhaitent pas perdre ce contact mais aimeraient shunter cette gestion afin de pouvoir passer plus de temps auprès des patients et moins de temps dans l'organisation technique des soins. De même, ils sont souvent en charge de l'instauration d'aides, d'équipes au domicile des patients. Cette activité est aussi présentée comme complexe. Ils expliquent qu'il faut contacter chacun des intervenants, les coordonner afin de proposer au patient un parcours de soins adéquat. Cette gestion est mentionnée comme d'autant plus difficile que toutes les structures et ressources à leur disposition ne sont pas forcément connues. Ils souhaiteraient qu'une personne ou une structure se charge de réaliser un bilan des besoins des patients, avant d'adapter les ressources disponibles. Les médecins seraient à l'origine de la demande de soin mais n'interviendraient plus dans l'organisation, la mise en communication. Ce système permettrait à la fois d'optimiser les soins proposés au patient grâce à un interlocuteur plus au fait de l'organisation territoriale des ressources et de libérer les médecins de cette activité qu'ils ne maîtrisent pas toujours.

Enfin, ils voient dans la possibilité de cette structure une nouvelle ressource d'aide à la gestion mais aussi un nouveau moyen de centralisation et de partage des données. Des médecins sollicitent l'utilisation d'un logiciel commun permettant le partage d'informations. Ils estiment que cette centralisation peut être efficace pour limiter le nombre de certificats et autres documents qu'ils font pour chaque organisme intervenant chez les patients. Cette diminution des tâches administratives est revenue dans plusieurs discours, justifiant des tâches répétitives et chronophages qui peuvent être facilement évitées avec les technologies actuelles. Ils mettent aussi en lien la perte d'information et la rupture dans la continuité de certains soins avec l'absence de plateforme de suivi commune.

La coordination des soins n'est pas évidente. Elle est souvent qualifiée d'idéaliste ou d'idéalisée. Différents travaux de recherches ont été menés mais les constats et conclusions sont souvent les mêmes [51,52]. Il n'existe actuellement pas de « système idéal » pour la coordination des parcours de soins complexes mais des systèmes qui peuvent être améliorés.

Une autre des difficultés évoquées par les médecins généralistes est la gestion sociale et médico-sociale des parcours de soins complexes. Cette dimension est prépondérante dans la prise en charge et le suivi de leurs patients mais elle est également celle qui est présentée comme la plus difficile. Ils expliquent leur difficulté par le fait qu'ils maîtrisent mal cette filière. En effet, ils n'ont pas l'habitude de conjuguer avec les travailleurs sociaux dans leur pratique quotidienne. Le traitement d'une pathologie, même complexe, leur paraît plus évident que l'organisation d'une réponse aux besoins des patients à domicile.

Une seconde explication est avancée : c'est l'absence ou l'insuffisance des formations proposées sur les services sociaux lors de leur cursus médical. Ils ne se sentent pas assez préparés à la gestion et à l'utilisation des moyens disponibles pour les assister.

Cette filière leur paraît également peu accessible. Ils dénoncent un manque d'organisation notamment en lien avec l'absence de parcours simple, dédié, permettant de mettre l'ensemble des acteurs directement au contact du patient. Les intervenants sociaux semblent être nombreux mais sont souvent méconnus des médecins ou difficilement découverts au cours de prises en charge complexes. Ces médecins montrent ainsi le défaut d'information sur les professionnels ou structures à leur disposition et par conséquent à mettre à disposition des patients pour leur assurer de bonne prise en soin.

Afin d'optimiser la prise en charge sociale de leurs patients, les médecins souhaiteraient disposer d'une structure, d'un réseau, d'un référent unique, identique à celui réclamé dans la partie précédente. Il pourrait ainsi gérer cet aspect des soins à la personne où ils ne se sentent pas efficaces. Certains médecins évoquent aussi une spécialité trop éloignée de la leur, où ils ne trouvent pas de satisfaction et dont ils aimeraient laisser la gestion à une personne plus apte.

La dernière difficultés citée par les médecins généraliste est le refus de soins des patients en situations complexes. Ils n'ont pas de réponse particulière à proposer à ce problème. Aucun besoin n'a été évoqué mais cette situation leur pose souci. Ils se sentent désœuvrés et ne savent pas comment ils pourraient aider ces patients, parfois en souffrance, s'opposant pourtant à toute forme de prise en charge.

Il s'agit souvent de situations mal vécues mais où le patient est dans son droit. Elle provoque une certaine frustration chez les médecins qui sont formés à soigner et ont du mal à comprendre pourquoi les individus ne souhaitent pas être pris en charge [53,54].

3. Une proposition d'aide à la coordination : les plateformes territoriales d'appui

La HAS a réalisé en 2013 des « *Fiches points clés* » à l'organisation des parcours de soins [55]. L'une d'elle s'intitule « *Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires* » et traite du contenu des fonctions d'appui et des facteurs conditionnant leur efficacité, y compris en termes d'organisation [56]. Il s'agit d'une fiche descriptive abordant les fonctions d'appui dans un cadre théorique et présentant quelques projets en cours d'expérimentation. En 2016, avec la nouvelle loi santé, les Agences Régionales de Santé se voient attribuer un rôle d'aide à la mise en place de nouveaux réseaux de soins primaires. Ces

fonctions d'appui peuvent notamment se développer autour de la mise en place de plateformes territoriales d'appui. Selon le décret de juillet 2016, leur organisation dépend d'initiatives des acteurs du système de santé. Une priorité est notamment donnée aux professionnels de santé de ville visant « *un retour et un maintien à domicile* »[13]. Les médecins généralistes interrogés pour ce travail sont tous des acteurs de santé de ville.

Cependant, sur les neuf médecins interrogés, deux ont déjà entendu parler des plateformes territoriales d'appui. Seul un des médecins a commencé un début de définition mais il était peu précis sur les acteurs de soins et l'organisation du dispositif. Il faut néanmoins soulever que ce médecin peut constituer un biais de classement puisqu'il exerce dans le même cabinet que celui qui est l'actuel responsable d'une réflexion sur la création d'une PTA dans la Somme.

Ainsi, nous démontrons que les médecins généralistes, acteurs centraux des soins premiers n'ont pas reçu d'information spécifique sur ce nouveau dispositif, dont ils pourraient être les initiateurs ou des coordonnateurs.

A son énoncé, le dispositif a reçu un bon accueil par la grande majorité des médecins généralistes. Ils expliquent qu'il pourrait répondre à la plupart de leurs sollicitations lors de la prise en charge de patients en soins complexes. Néanmoins, les médecins évoquent également les « réseaux » avec lesquels ils travaillent déjà et souhaitent les conserver, même si une organisation différente dans la gestion de leur rapport est envisageable grâce à la plateforme.

Un certain scepticisme est perceptible dans le discours de quelques médecins. Ils mettent en évidence le délai entre la publication de la loi d'appui aux professionnels de santé, celle portant sur les PTA et leur absence persistante plus de trois ans après. Ils émettent aussi quelques interrogations sur l'organisation concrète des plateformes, ne souhaitant pas voir arriver un intermédiaire supplémentaire mais un véritable partenaire.

D'autres travaux de thèse se sont penchés sur le sujet de la coordination des parcours de soins complexes. Ceux se rapprochant le plus de celui que nous avons réalisé ont été effectués dans le pays de Rennes [41], le territoire Vexin-Seine-Normandie [43] et le territoire Voironnais [57]. Il s'agit de plateformes en cours d'installation, déjà en place ou en cours d'évolution. Les conclusions de ces travaux sont similaires aux nôtres face à ce dispositif. Ils soulignent :

- Des difficultés de gestion dans la coordination des parcours de soins complexes : une offre de soins méconnue ou mal connue, des intervenants difficilement joignables, un manque de valorisation de leur temps de travail, un domaine social obscur, un manque de temps présenté comme obstacle majeur

- Des besoins pour la coordination des parcours de soins complexes : une communication sur les dispositifs et structures disponibles pour une meilleure lisibilité et connaissance des ressources, une simplifications des rapports, une délégation de tâche nécessaire, la création de nouveaux outils ou ressources à la prise en soin de ces patients, une formation spécifiques notamment au cours de leur cursus universitaire.

Ces territoires sont différents de celui de notre étude mais pourtant, au regard de ces résultats, les difficultés et les besoins des médecins semblent les mêmes.

La nouvelle loi santé, Ma Santé 2022, risque de modifier cette organisation des Plateformes Territoriales d'Appui. Dans sa stratégie de transformation du système de santé, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) des parcours de santé complexe vont correspondre à la convergence de dispositifs existants, d'articulations entre les structures ambulatoires. Ils seront principalement représentés par les réseaux de santé, les dispositifs MAIA et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) de niveau 3. Ils constitueront ainsi les outils d'appui au développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Il s'agit donc d'une nouvelle organisation des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de soins complexes, reposant sur des structures existantes ou en cours de développement et qui devrait à nouveau modifier les rapport des professionnels de premiers recours avec la coordination des soins.

CONCLUSION

Notre étude a eu pour objectif d'identifier les besoins et les difficultés des médecins généralistes de la Somme dans la coordination des patients en situations complexes.

Les médecins interrogés ont défini les patients de soins complexes comme des patients nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Ils ont évoqué ensuite des patients polyopathologiques ou avec une ou des pathologies complexes.

Cette situation a été jugée comme ponctuelle voire rare par la majorité des médecins.

Les exemples de parcours de soins complexes ont porté sur des situations précises, rencontrées dans leur patientèle et ont eu pour points communs : la dépendance et les difficultés sociales du patient, la coordination et le refus des soins. Les professionnels cités pour la prise en soin de ces patients ont été majoritairement les paramédicaux mais aussi les travailleurs sociaux, les aidants, les médecins spécialistes et certaines structures de soins.

Les médecins ont insisté sur la proximité des ressources mais aussi sur la pluridisciplinarité des équipes qui les entourent lorsqu'ils exercent en maison de santé.

Ils ont fait part de plusieurs difficultés pour la coordination des patients en soins complexes. Pour la majorité, cette activité est chronophage, difficile à initier, à suivre et peu connue ou reconnue. Ils ont également déploré un manque de maîtrise et d'organisation dans le domaine médico-social, pourtant essentiel à leur quotidien.

Leurs besoins ont porté vers la création d'une structure, d'une ressource leur permettant de diminuer la tâche administrative de leur activité et de déléguer une part de la coordination qui leur est attribuée, sans pour autant la déléguer totalement.

Les médecins interrogés ne connaissent globalement pas les Plateformes Territoriales d'Appui. Ils n'avaient pas entendu parler de ce dispositifs mais sont plutôt favorables à une installation future. Ce projet semble en adéquation avec leurs attentes et leurs besoins, et la plupart a souhaité de plus amples informations.

Cependant, la loi Ma Santé 2022 risque de modifier le maillage des territoires avec la création des Dispositifs d'Appui à la Coordination. Il serait intéressant d'interroger à nouveau les médecins, une fois ce nouveau dispositif en application.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Douste-Blazy P. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. vol. 2004–810. 2004.
- [2] Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. vol. L162-5–3. n.d.
- [3] Bachelot R. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). vol. 2009–879. 2009.
- [4] Code de la santé publique - Article L4130-1. vol. L4130-1. n.d.
- [5] Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. 2017.
- [6] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 3. vol. 2004–806. 2004.
- [7] Structure et vieillissement de la population - eurostat - Statistics Explained 2018. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr (accessed June 6, 2019).
- [8] Blanpain N, Buisson G. Projection de population à l'horizon 2070 - Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee Première 2016:1–4.
- [9] Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé Publique 2015;1:189–97.
- [10] Touraine M. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. vol. 2016–41. 2016.
- [11] Van Bockstael V. Rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) dans l'organisation des parcours de soins. Médecine des Maladies Métaboliques 2017;11:52–4. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30012-3](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30012-3).
- [12] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74. vol. 2016–41. 2016.
- [13] Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. vol. 2016–919. 2016.
- [14] Code de la santé publique - Article L1110-12. vol. L1110-12. 2016.
- [15] Gueugnon J, Riem B. AU 1er janvier 2016, 572700 habitants dans la Somme. Insee Flash - Hauts-de-France 2018;2.
- [16] Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2017 | Insee. Insee 2018. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements (accessed June 10, 2019).

- [17] Schéma départemental de l'aide à l'autonomie de la Somme 2018-2022. Amiens: 2018.
- [18] Loi n°2019-744 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23 (V). vol. 2019–774. 2019.
- [19] Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effect of care coordination on hospitalization quality of care, and health care expenditures among medicare beneficiaries : 15 randomized trials. *JAMA* 2009;301:603–18.
- [20] Tsai A, Morton S, Mangione C, Keeler E. A meta-analysis of intervention to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care* 2005;11:478.
- [21] Frattini M-O, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. *Santé Publique* n.d.;HS:87–94.
- [22] Mays N, Pope C. Qualitative research: observational methods in health care settings. *BMJ Clinical Research* 1995;311:182–4.
- [23] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;19:142–5.
- [24] Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique* 2014;53.
- [25] Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251–3.
- [26] Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin; 2015.
- [27] Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. *Mémoire de Médecine Générale*. Lyon Nord, 2004.
- [28] Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods* 2006;18:59–82.
- [29] Malterud K. Qualitative research: standarts, challenges, and guidelines. *The Lancet* 2001;358:483–8.
- [30] Département de Médecine Générale d'Amiens n.d. <http://dumga.fr/> (accessed June 6, 2019).
- [31] Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 2007;33–42.
- [32] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19:349–57.
- [33] O'Brien B, Harris I, Beckman T. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine* 2014;89:1245–51.
- [34] Bailey J. First step in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*

2008;25:127–31.

[35] Logiciel NVivo pour la recherche qualitative | NVivo. NVIVO n.d. <http://www.qsrinternational.com/nvivo-french> (accessed June 6, 2019).

[36] Glasser B, Strauss A. The discovery of grounded theory strategies for qualitative research. 1ère édition. Routledge; 2000.

[37] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d’initiation à la recherche qualitative. Première partie : d’"Acteur" à "Interdépendance". Exercer 2009;20:74–9.

[38] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d’initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de "Maladie" à "Verbatim". 2009;20:106–12.

[39] Analyse des résultats - L’analyse en recherche qualitative. LEPCAM : Lire, Ecrire, Publier et Communiquer Des Articles Médicaux n.d. <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/#zp-ID-1317-1093634-9JT9C9HC> (accessed June 6, 2019).

[40] Thurmond V. The point of triangulation. Journal of Nursing Scholarship 2001;33:253–8.

[41] Bouin J. Identification des difficultés et besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination des parcours de soins complexes. Thèse d’exercice. Université Bretagne Loire, 17 oct 17.

[42] Rougier M. Repositionnement du médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale grâce aux plateformes territoriales d’appui : élaboration d’un nouveau fonctionnement avec Santé Landes pour les patients atteints d’un myélome multiple traité par Lénalidomide-Déxaméthasone. Université de Bordeaux, 20 dec 18.

[43] Leroy B. Plateforme Territoriale d’Appui Vexin Seine Normandie: analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes. Thèse d’exercice. Université de Rouen, 07 mars 19.

[44] Raynaud J. L’accès aux soins: des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs: concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l’organisation et du développement d’une offre de soins durable. Université Paul Valéry, 31 10 13.

[45] Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Communication scientifique, 22 05 12.

[46] DREES. Portrait des professionnels de santé - La répartition géographique des professionnels de santé de premier recours. Edition 2016. Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES); n.d.

[47] Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l’objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d’impact.

XXIIIème Congrès International de l'AFM, Aix-les-Bains: 2007, p. 26.

- [48] Code de la santé publique. vol. Quatrième partie : Professions de santé. n.d.
- [49] Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1. vol. L312-1. 26 juillet 19.
- [50] Code de l'action sociale et des familles - Article D142-1-1. vol. D142-1-1. 6 mai 17.
- [51] Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique* 2007;19:73.
- [52] Guion L, Porez C. Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés. Thèse d'exercice. Aix-Marseille université, 2018.
- [53] Ponte C. Si ce patient refuse de se soigner, suis-je un mauvais médecin ? *Ethique et Santé* 2004;1.
- [54] Hammami I. Refus de soins en médecine générale par les patients : Etude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France. Université du droit et de la santé - Lille 2, 06 01 17.
- [55] Fiches points clés organisation des parcours. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-organisation-des-parcours (accessed January 23, 2020).
- [56] HAS. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? 2014.
- [57] Lebres D. Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe: évaluation de la connaissance, de l'utilisation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais. Thèse d'exercice. Université Grenoble Alpes, 2019.
- [58] Plateformes territoriales d'appui : une organisation de proximité pour soutenir les professionnels et faciliter les parcours de santé n.d. <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plateformes-territoriales-dappui-une-organisation-de-proximite-pour-soutenir-les-professionnels-et> (accessed January 2, 2020).

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour Docteur ...

Je suis interne de médecine générale et effectue mon travail de thèse sur les difficultés et besoins des médecins généralistes de la Somme dans la coordination des patients en soins complexes.

Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré. Il restera anonyme.

1) Caractéristiques des médecins interrogés :

Commençons par des questions de présentations et la description de votre activité :

- *sexe*

- *exercice individuel/en groupe*

- Quel âge avez-vous ?

- Depuis combien de temps êtes-vous installé en médecine générale ?

- Comment qualifieriez-vous votre exercice ? *urbain/rural/semi rural*

- Êtes-vous impliqué dans d'autres activités que l'exercice de la médecine générale en cabinet ? : *maître de stage, réseau, coordination EHPAD, activité hospitalière, ...*

- En moyenne, combien de consultations avez-vous par jour ?

2) Coordination des parcours de soins complexes :

- Quelle serait pour vous la définition d'un parcours de soins complexe ?

Définition de la loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016 :

« Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux »

- Pouvez-vous estimer la fréquence de prise en charge/suivi de ces patients en situations complexes dans votre pratique quotidienne ?

Souvent / Régulièrement / Parfois / Rarement / Jamais

- Pouvez-vous me parler d'un exemple de situation complexe ?

- Quels sont les professionnels ou structures avec lesquels vous travaillez actuellement pour prendre en charge ces patients ?

Libéraux / établissements de soin / réseaux de soin

- Qu'attendez-vous des professionnels/organismes avec lesquels vous travailler pour ces patients ? Que vous apportent-ils ?

*Compétences extérieures / Supplémentaires / Complémentaires
Coordination des soins entre les différents acteurs*

- Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre travail de coordination des soins ?

*Types de patients où particulièrement démunis ?
Temps suffisant pour gestion de cette activité ?*

- Quels besoins auriez-vous dans l'organisation de la prise en soin de vos patients complexes ?

3) Plateforme territoriale d'appui :

- Avez-vous entendu parler des plateformes territoriales d'appui ?

Oui : *Qu'en avez-vous compris ? + Définition*

Non : *Définition :*

Le but des plateformes territoriales d'appui est d'organiser autour d'une guichet unique (n seul numéro de téléphone), l'accès à toutes les structures qui existe déjà sur le territoire, pour vous aider à prendre en charge vos patients complexes, quel que soit leur âge ou leur pathologie.

Un décret en juillet 2016 leur a conféré 3 missions :

*- **l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire** pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement pour personnes âgées dépendantes*

*- **l'appui à l'organisation des parcours complexes**, dont l'organisation des admissions et des sorties d'établissement : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient*

*- **le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles** en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels.*

- Qu'attendez-vous d'une telle plateforme ?

Pourquoi ? Pour quoi faire ?

Nous venons de terminer, merci pour votre participation.

Annexe 2 : Exemple de Plateforme Territoriale d'Appui : Région Nouvelle-Aquitaine

La région Nouvelle-Aquitaine compte au moins une PTA par département comme indiqué dans le schéma ci-dessous. Elle porte aussi plusieurs expérimentations et notamment celles des parcours de santé des aînés : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

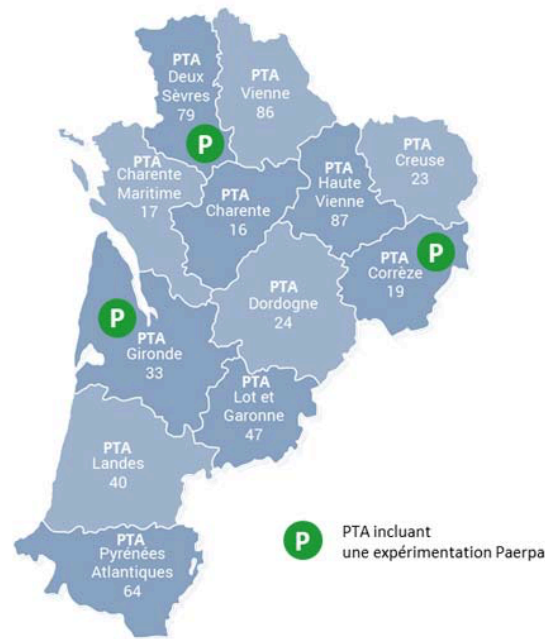


Figure 2 : Les PTA en Nouvelle-Aquitaine

Sur le site de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, une vidéo de présentation explique le rôle et l'organisation des PTA dans cette région [58]. Le schéma ci-dessous présente notamment le déclenchement du dispositif par les médecins traitants.

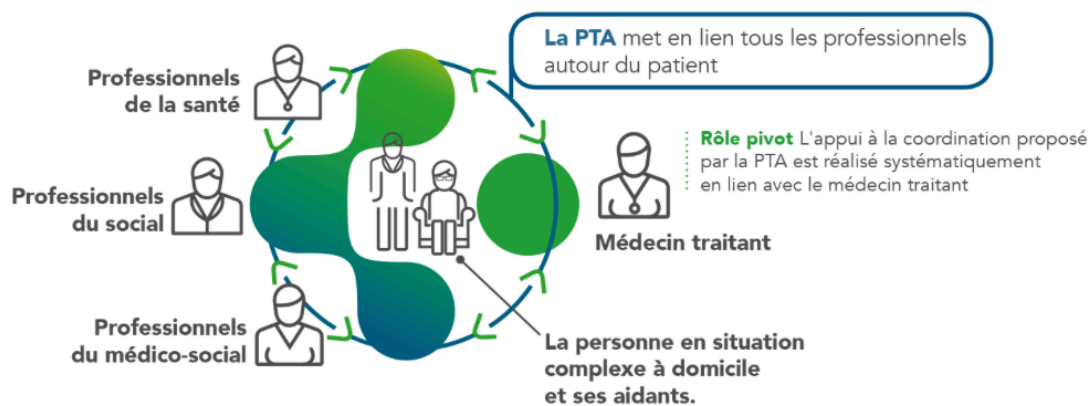


Figure 3 : Appui aux professionnels des santé

RESUME

Difficultés et besoins des médecins généralistes de la Somme dans la coordination des parcours de soins complexes

Introduction : La coordination des parcours de soins place le médecin généraliste (MG) au centre du suivi des patients. Ces parcours se complexifient et les fonctions d'appui doivent venir en aide aux professionnels. Cette étude devait identifier les difficultés et besoins des MG de la Somme dans la coordination des parcours de soins complexes. Elle devait aussi apporter une réflexion sur la création d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès des MG de la Somme. L'analyse des données a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : 9 entretiens ont été réalisés. Les MG définissaient un parcours de soin complexe comme un patient suivi par des intervenants multiples. Les difficultés rencontrées étaient : la gestion de la coordination des soins entre organisation et suivi, la gestion médico-sociale par le manque de connaissances et d'informations, la gestion du temps en lien avec une activité chronophage. Leurs besoins portaient vers une aide, un intervenant à qui ils délégueraient certaines tâches administratives ou de gestion des parcours de soins. Les PTA leur étaient inconnus mais semblaient répondre à leurs attentes pour l'appui à la coordination.

Discussion : Ces résultats concordent avec d'autres travaux où des PTA sont en cours d'installation ou récemment installées. Ces difficultés et ces besoins ne sont donc pas spécifiques des MG samariens.

Conclusion : L'organisation du système de soin passe par la connaissance des professionnels de santé du terrain. La prochaine loi risque de modifier ces dispositifs, aussi les MG de la Somme pourraient être à nouveau consultés.

Mots-clés : Médecine générale, Parcours de soins, Programmes médicaux régionaux.

ABSTRACT

Difficulties and needs of general practitioners in Somme to coordinate the care pathways for patients with complex care needs

Introduction: The coordination of the care pathways (CP) for patients with complex care needs emphasize the central role of the general practitioner (GP). These paths become increasingly complex and the support function must help these professionals. The goal of this study is to identify the difficulties and needs of the GP in Somme to coordinate the complex needs CP. The second objective is to bring elements of reflection to create a Territorial Support Platform (TSP).

Methods: A qualitative study is conducted through semi-directed interviews with GP in the region of the Somme in France. Data analysis is based on the grounded theory method.

Results: 9 interviews were conducted. GPs defined complex needs CP as patients requiring multiple interveners. Their difficulties were residing in care coordination management between organization and follow-up, medico-social management with the lack of knowledge and information and finally time management with a time-consuming activity. They defined their needs as the necessity for them of an assistance under the form of a dedicated worker whom they could delegate administrative or managements tasks. The TSP were unknown to them, but appeared to meet their expectations for coordination support.

Discussion: These results match with others previous works in areas where TSP are currently being installed or were recently installed. These difficulties and needs are therefore not specific to GP in Somme.

Conclusion: The organization of the healthcare system must involved the local healthcare professionals. French legislation is intended to be changed, modifying therefore these devices. The Somme's GP can be asked again on the purpose.

Keywords: General practice, Care pathways, Regional medical programs.