

**Année 2019**

**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

présentée pour l'obtention du titre de

DOCTEUR en MÉDECINE

*DIPLÔME D'ÉTAT*

par **David LEBRES**

né le 03/04/1990 à Rives (38)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT à l'UFR de MÉDECINE de GRENOBLE

le 17 janvier 2018

devant le jury composé de :

Président du jury

**M. le Professeur COUTURIER Pascal**

Membres

**M. le Docteur GABOREAU Yoann**

**M. le Professeur MATILLON Yves**

**M. le Professeur ZAOUÏ Philippe**

**M. le Docteur MICK Gérard** (directeur de thèse)

*Les UFR de Médecine et de Pharmacie de Grenoble n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

## REMERCIEMENTS :

Je remercie le Professeur Pascal COUTURIER pour avoir accepté la présidence de ma soutenance de thèse.

Je remercie également les autres membres du jury, le Docteur Yoann GABOREAU, le Professeur Philippe ZAOUI, et le Professeur Yves Matillon, qui me font l'honneur d'apporter leur expérience éclairée.

Je remercie enfin à mon directeur de thèse, le Docteur Gérard MICK, pour son aide immense à l'encadrement de cette thèse et son soutien tout au long de ce travail.

Je souhaite aussi remercier les différents maîtres de stage que j'ai rencontré tout au long de mon internat et qui ont contribué à ma formation professionnelle,

Ainsi que les équipes des dispositifs MAIA du Voironnais et de la PSV pour leur temps consacré à la présentation de leur activité.

Une pensée pour mes parents, Mémé et Pépé, qui par leur éducation et leur soutien m'ont donné les moyens d'en arriver là, merci.

A tou.te.s mes ami.e.s de la Faculté de Médecine de Grenoble et assimilés : Fluff, Didi, Valoche, Armelle, Flora, Floriane, Poupi, Alix, Glee, PS, Momo et tou.te.s les autres,

A Hadri pour sa relecture du mémoire qui a servi de base à cette thèse,

Au FPP,

Et à ma petite loutre, Morgane, qui est toute ma vie et plus encore, je t'aime.

**Titre**

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

**Nom des auteurs et affiliations**

LEBRES David<sup>1</sup> : lebresdavid@outlook.fr

MICK Gérard<sup>2,3</sup> : gerard.mick@ch-voiron.fr

1 : Faculté de Médecine de Grenoble, avenue des maquis du Grésivaudan, 38706 La Tronche Cedex

2 : Centre Hospitalier de Voiron, 14 route des gorges, 38500 Voiron

3 : GCS Maison des Réseaux de Santé Isère, 16 rue du tour de l'eau, 38400 Saint Martin d'Hères

**Contact**

Dr MICK Gérard

Centre Hospitalier de Voiron

14 route des Gorges, 38500 Voiron

gerard.mick@ch-voiron.fr

**Mots-clés MeSH**

parcours de santé, médecins généralistes, situation complexe, appui à la coordination, dispositifs d'appui à la coordination

Nombre de mots, résumé français : 374

Nombre de mots, résumé anglais : 326

Nombre de tableaux : 6

Nombre d'annexes : 4

**Conflits d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt concernant ce travail, et déclarent n'avoir reçu aucun soutien financier, ni subvention publique ou privée, ni gratification.

Le Dr Gérard MICK, directeur de thèse, est praticien hospitalier en neurologie au Centre Hospitalier de Voiron, et administrateur général du Groupement de Coopération Sanitaire *Maison des Réseaux de Santé Isère*.

# TABLE DES MATIERES

Page

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>12</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>14</b>
I. Les parcours de santé, enjeu de santé publique .....	14
II. Situation complexe et appui à la coordination .....	14
III. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) .....	14
IV. Perception et usage des DAC.....	15
V. Objectif de l'étude : question posée.....	15
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>16</b>
I. Approche méthodologique.....	16
II. Territoire et DAC concernés.....	16
III. Population cible .....	16
IV. Création du questionnaire.....	16
V. Recueil des données.....	16
VI. Analyses des données recueillies.....	17
V.1. Analyse des questions fermées.....	17
V.2. Analyse des questions ouvertes.....	17
VII. Cadre légal.....	17
<b>RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
I. Diagramme de flux.....	18
II. Caractéristiques de l'échantillon .....	19
III. Connaissances générales .....	19
III.1. Perception de la notion de parcours de santé.....	19
III.2. Perception de la notion de situation complexe.....	19
III.3. Perception de la notion d'appui à la coordination.....	19
III.4. Rôles des DAC.....	20
IV. Connaissances des DAC du territoire .....	20
V. Utilisation des DAC .....	20
V.1. Sollicitation des DAC.....	20
V.2. Verbatim concernant les DAC.....	20
V.2.1 DAC non utiles à la pratique.....	20
V.2.2 Non sollicitation des DAC.....	21
V.2.3 Sollicitation inconstante des DAC.....	21
V.3. Connaissance des critères de prise en charge des DAC.....	21
V.4. Connaissance des équipes des DAC.....	21



V.5. Ressenti d'une difficulté lors d'une prise en charge et sollicitation des DAC.....	21
V.6. Fréquence de prise en charge de patients en situation complexe.....	21
V.7. Profil des patients pour lesquels les MG sollicitent les DAC.....	21
VI. Opinions vis-à-vis des DAC .....	22
VI.1. Perception des DAC.....	22
VI.2. Respect de la place du MT.....	22
VI.3 Chevauchement des missions entre DAC.....	22
VI.4. Couverture des besoins et attentes des MG.....	23
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>23</b>
I. Limites et biais de l'étude .....	23
I.1. Puissance statistique.....	23
I.2. Biais de recrutement.....	23
I.3. Refus exprimés de participation.....	23
I.4. Caractéristiques des MG ayant participé.....	23
II. Analyse des résultats à la lumière de la littérature.....	24
II.1. Connaissances concernant parcours, complexité, et DAC.....	24
II.2. Connaissances des DAC du territoire.....	25
II.3. Utilisation des DAC.....	25
II.4. Opinions des MG vis-à-vis des DAC de leur territoire.....	25
III. Enseignements pour les DAC du Voironnais.....	26
IV. Enseignements pour l'évolution des DAC en France .....	26
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLEAUX.....</b>	<b>32</b>
Tableau 1.....	32
Tableau 2.....	33
Tableau 3.....	33
Tableau 4.....	34
Tableau 5.....	35
Tableau 6.....	35
<b>ANNEXES.....</b>	<b>36</b>
Annexe 1.....	36
Annexe 2.....	42
Annexe 3.....	43
Annexe 4.....	44
Annexe 4.....	50

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau n°1 : caractéristiques des sondés
- Tableau n°2 : réponses à la question « Selon vous, quel(s) rôle(s) joue(nt) les DAC en matière de complexité ? »
- Tableau n°3 : réponses à la question « Pour quel(s) type(s) de patients sollicitez-vous les DAC ? »
- Tableau n°4 : type(s) de patient(s) pour le(s)quel(s) les MG déclarent solliciter les DAC *et verbatim* à propos de l'exemple de situation complexe ayant bénéficié d'une prise en charge par un DAC
- Tableau n°5 : réponses à la question « Vous estimez que les DAC présents dans votre territoire d'exercice n'ont pas les mêmes missions : quelle(s) caractéristique(s) principale(s) les différencie(nt)? »
- Tableau n°6 : réponses à la question « Quels sont vos attentes et/ou besoins non couverts par les DAC présents dans le territoire? »

## ANNEXES

- Annexe n°1 : questionnaire adressé en ligne aux MG
- Annexe n°2 : message d'accès au questionnaire en ligne
- Annexe n°3 : réponses aux questions ouvertes portant sur les définitions des diverses notions
- Annexe n°4 : fiche d'information pour le recrutement téléphonique des sondés
- Annexe N°5 : réponses ouvertes à la question portant sur une situation vécue pour laquelle un appui par un DAC a eu lieu

## ABREVIATIONS

ANC-CLIC = Association Nationale des Coordonnateurs de CLIC  
ARS = Agence Régionale de Santé  
CH = Centre Hospitalier  
CLIC = Centre Local d'Information et de Coordination  
CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNSA = Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CPTS = Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
DAC = Dispositif d'Appui à la Coordination  
DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins  
DGCS = Direction Générale de la Cohésion Sociale  
FACS = Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination aux parcours  
FIR = Fond d'Intervention Régional  
GCS MRSI = Groupement de Coopération Sanitaire *Maison des Réseaux de Santé Isère*  
HAS = Haute Autorité de Santé  
HCAAM = Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
HPST = Hôpital Patient Santé Territoires  
IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales  
LMSS = Loi de Modernisation de notre Système de Santé  
MAIA = Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MG = Médecin Généraliste  
MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
MSU = Maître de Stage Universitaire  
MT = Médecin Traitant  
PAERPA = Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie  
PPS = Plan Personnalisé de Santé  
PSI = Plan de Service Individualisé  
PSV = Plateforme de Santé du Voironnais  
PTA = Plateforme Territoriale d'Appui  
RCP = réunion de concertation pluriprofessionnelle  
UNRS = Union Nationale des Réseaux de Santé

# **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**

## **RÉSUMÉ**

**Contexte :** Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont des structures dont la mission principale est d'assurer un soutien des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient en situation complexe, en apportant une aide à l'articulation et à la coopération entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

**Objectif principal :** Evaluer la connaissance, l'utilisation et la perception par les médecins généralistes des DAC présents dans leur territoire.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude essentiellement quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme de 44 questions la plupart fermées (résultats analysés en pourcentage, analyses croisées avec intervalle de confiance à 95%), parfois rédactionnelles (analyse par récurrence des verbatim concernant des définitions). La population cible est celle des médecins ayant une activité de médecine générale (MG) et installés dans le territoire du Voironnais (Isère), tel qu'il est défini pour le déploiement des DAC. Le recrutement a été effectué par appels téléphoniques et envois de courriels contenant un lien d'accès au questionnaire.

**Résultats :** 79 MG (51.3% des interrogés) ont répondu au questionnaire. Parmi eux, ils étaient 72,9% à affirmer solliciter les DAC de leur propre initiative dans leur pratique quotidienne. Plus de la moitié d'entre eux (58,9%) déclaraient les solliciter de façon trop inconstante au regard de leurs besoins. Il a été mis en évidence un manque de connaissance des services des DAC, participant à leur sous-utilisation. En dépit des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les MG, l'enquête confirme leur volonté de conserver leur rôle de pivot du parcours de santé de leurs patients. La plupart estimait qu'il existe des chevauchements entre les services déployés par les divers DAC de leur territoire.

**Conclusion :** En accord avec la littérature, notre étude illustre l'un des enjeux de la réorganisation actuelle du système de santé, l'appui aux parcours de santé, abordé dans la future loi de transformation du système de santé. La fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé rappelle la nécessité d'une meilleure lisibilité et articulation des services des différents DAC en territoires, au bénéfice des usagers et acteurs de soins primaires, ainsi que le caractère fédérateur d'une gouvernance partagée des DAC adossée à celle des futures communautés professionnelles de territoires en santé.

## **MOTS CLÉS**

Parcours de santé, médecins généralistes, situation complexe, appui à la coordination, dispositifs d'appui à la coordination

# **Health organizations dedicated to coordination support for patient in a complex situation: evaluation of the knowledge, use and perception by general practitioners in the territory of Voiron**

## **ABSTRACT**

**Background:** Health organizations dedicated to coordination support (DAC) provide help for health professionals involved in the care of patients in a complex situation by promoting cooperation between medical, medico-social and social actors.

**Main goal:** To assess the knowledge, use and perception by general practitioners of organizations dedicated to coordination support for patients in a complex situation.

**Methods:** This was mainly a quantitative study carried out using an anonymous online survey including 44 questions, most often closed (results analyzed in percentage, cross-analyzes with 95% confidence interval), sometimes qualitative (recurrences of the verbatim analysis and definition of the following concepts: complex situation, health pathway, support for coordination). The target population was primary care physicians (GP) settled in the Voironnais territory (Isère), as defined by organizations dedicated to coordination support present there. Recruitment was carried out by phone calls and e-mails containing a link for the survey.

**Results:** 79 (51.3%) of GP answered to the questionnaire. 72,9% of them requested the DAC during their daily practice, and 58,9% declared not requesting them in some cases, despite a clear need of help. Poor knowledge of the DAC was also considered for explaining underuse. Beside, the study confirmed the wish of GP to keep their central role in the health pathway of their patients. A majority reported the feeling of an overlap between services provided by the different types of DAC present in their territory.

**Conclusion:** In accordance with the literature, our study illustrates one of the main topics concerning the ongoing reorganization of the health system questioned with the future law: the support for coordination of health pathways. The national federation of organizations dedicated to coordination support recently stated the need for better understanding and articulation of services provided by the various organizations in their territories. This should directly benefit to the population and primary care professionals, and be considered as promoting a common governance with the professional territorial communities promoted by the future law.

## **KEY WORDS**

Health pathway, general practitioners, complex situation, coordination support, health organizations for coordination support

# INTRODUCTION

## I. Les parcours de santé, enjeu de santé publique

Le Ministère de la Santé définit le parcours de santé comme « l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés ». Au-delà du parcours de soins, « il apporte une réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé. Il englobe ainsi les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont le choix et la coordination permettent d'assurer dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient. » [1].

Plusieurs problématiques sont au cœur des parcours de santé, dont l'augmentation du nombre de patients vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, la multiplicité des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ou la perte d'autonomie liée au vieillissement. Elles imposent une organisation cohérente des professionnels, dont la coordination des actions et services est un enjeu majeur [2].

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients (HPST), à la santé et aux territoires a placé le médecin traitant (MT) comme *pivot* du parcours de santé de ses patients et au cœur de la coordination [3]. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) précise que face à un patient en situation dite *complexe*, le MT peut avoir besoin d'un appui à la coordination [4] [5].

## II. Situation complexe et appui à la coordination

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle d'une situation complexe, il est admis qu'elle concerne des personnes présentant des difficultés médicales, sociales et/ou psychologiques intriquées rendant leur prise en charge difficile, et pour lesquelles le parcours de santé est considéré comme peu efficient [6]. A l'échelle de la médecine générale, il s'agit le plus souvent de patients qui posent des problèmes de maintien au domicile liés à de multiples déterminants que le MT n'a pas les moyens de gérer seul [7] [8].

Selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « la coordination territoriale d'appui rassemble tous les acteurs (des professionnels de soins jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés, en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS » [9].

## III. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont des structures dont la mission principale est d'assurer la coordination territoriale d'appui et dont le service principal est un soutien des professionnels en cas de situation complexe, autour du MT. Ils sont principalement représentés par les *réseaux de santé*, les *dispositifs MAIA* (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), et les *centres locaux d'information et de coordination* (CLIC) de niveau 3 [9]. Leur rôle commun est d'évaluer, à la demande du MT, les besoins en cas de situation complexe, et d'y répondre en lien direct avec celui-ci [6] [9].

L'appui par un réseau de santé concerne toute personne en situation complexe, sans critère d'âge, pathologie, ou handicap. Il est mis en œuvre par un *coordonnateur d'appui* agissant essentiellement

auprès des professionnels, en particulier de soins primaires [10]. Ce type de dispositif est financé et déployé dans les territoires par les Agences Régionales de Santé (ARS), selon des orientations nationales issues de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

L'appui par un dispositif MAIA concerne toute personne en perte d'autonomie de plus de 60 ans ou qui présente une pathologie neuro-dégénérative. Il est mis en œuvre par un *gestionnaire de cas* agissant essentiellement auprès des personnes et de leur entourage [11]. Ce type de dispositif est financé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et déployé dans les territoires par les ARS.

L'appui par un CLIC de niveau 3 concerne toute personne âgée selon ses besoins. Il est mis en œuvre par un membre de l'équipe auprès de la personne, en lien avec famille et les professionnels [12]. Ce type de dispositif est essentiellement financé et déployé dans les territoires par les Départements, et ses actions suivies par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

#### **IV. Perception et usage des DAC**

Si dans certains territoires, missions des coordonnateurs d'appui ou des gestionnaires de cas sont bien appréhendés par les médecins généralistes (MG), qui estiment que les DAC permettent une meilleure coordination des soins [8] [13] [14], il a cependant été mis en évidence des freins à l'utilisation des DAC par les MG : manque de temps, absence de rémunération, manque de compétences dans l'évaluation du besoin de sollicitation ou de visibilité des diverses ressources d'appui disponibles avec les différentes DAC présentes dans un même territoire [9] [15] [16]. Alors qu'ils attendent un accès simple et rapide à un appui pour l'évaluation d'un patient, la diversité des types de DAC et le chevauchement de certains de leurs services rendent difficile leur utilisation de façon adaptée, sans compter le souhait de demeurer pivot de la coordination qui n'est pas toujours respecté [9] [16].

#### **V. Objectif de l'étude : question posée**

Bien que les DAC constituent des modalités de soutien mises en place par l'Etat afin de faciliter la gestion des patients en situation complexe, les MG ne les connaissent pas toujours et n'y ont pas toujours recours malgré leurs besoins. L'objectif du présent travail est de réaliser un état des lieux des connaissances, de l'utilisation et de la perception des MG du territoire Voironnais vis-à-vis des DAC présents dans leur territoire. Il s'agit en outre de recueillir leur ressenti concernant l'utilité des DAC pour eux, leurs patients, et les autres acteurs concernés, à propos du respect de la place du MT et d'un chevauchement éventuel des services des différents DAC, enfin si leurs besoins sont satisfaits lorsqu'ils ont recours aux DAC.

## MATERIEL ET METHODES

### I. Approche méthodologique

Il a été choisi de mener une étude essentiellement quantitative et une analyse par récurrence de verbatim portant sur des définitions (parcours de santé, situation complexe, DAC) permettant d'évaluer parallèlement la connaissance des MG à propos de ces notions clés pour l'usage de DAC.

### II. Territoire et DAC concernés

Le territoire étudié est le *Voironnais*, en Isère, au sein duquel ont été déployés dès 2011 un dispositif MAIA et un réseau de santé (le Voironnais est ici entendu au sens du territoire de déploiement de ces DAC autour de la ville de Voiron) [17]. Le dispositif MAIA est porté par le Département (qui ne porte plus de CLIC) et associé à la *filiale gérontologique du Voironnais Chartreuse* mise en place avec les acteurs institutionnels dont le Centre Hospitalier de Voiron, pour faciliter le décloisonnement entre acteurs sanitaires et médico-sociaux. Le réseau de santé est la *Plateforme de Santé du Voironnais* (PSV), association loi 1901 fondée entre des représentants des diverses valences d'acteurs en santé du territoire, dont les MG.

### III. Population cible

La population cible a été définie à partir d'une liste de MG à contacter : tous les MG installés en libéral au 1<sup>er</sup> janvier 2018 dans le Voironnais [18].

### IV. Création du questionnaire

Le questionnaire, créé en ligne (*annexe n°1*), testé par un MG membre de la gouvernance de la PSV, est organisé en 6 sections comportant au total 44 questions :

- données épidémiologiques de la population étudiée
- perception par le participant de la complexité d'une situation
- connaissances par le participant des différents DAC présents dans le territoire
- usage des DAC par le participant
- commentaires, sentiments et critiques du participant vis-à-vis des DAC
- besoins et attentes du participant vis-à-vis des DAC

### V. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé du 23 avril au 30 juin 2018. La recherche de l'accord de principe a été effectuée par voie orale (communication téléphonique) ou dématérialisée (courriel) : 1) appel téléphonique, si besoin itératif, de chaque MG installé dans le Voironnais, avec tentative d'obtention d'une communication téléphonique directe pour lui proposer de participer au questionnaire (*annexe n°2*) ; 2) en cas d'impossibilité de joindre le médecin, il a été demandé au secrétariat l'adresse de courriel pour envoi d'une sollicitation (*annexe n°3*). En cas de non réponse, des relances ont été réalisées, en insistant sur le principe de l'anonymat et le fait que l'utilisation ou non des DAC n'était pas un frein à la participation.

Après recueil de l'accord, le MG a reçu un courriel rappelant l'objectif de recherche et donnant le lien URL pour répondre de façon individuelle au questionnaire. En cas de non réponse ou d'incomplétude, des courriels de relance ont été adressés jusqu'à obtention d'une réponse complète.



## **VI. Analyses des données recueillies**

Les données ont été anonymisées automatiquement avec le logiciel LimeSurvey®.

### **VI.1. Analyse des questions fermées**

Les questions fermées ont fait l'objet d'une analyse quantitative, les résultats étant exprimés en %, et l'analyse croisée des données a été faite avec le test du Chi-2 (intervalle de confiance à 95%) à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010®. La question principale retenue donnant lieu à la majorité des analyses croisées était la réponse binaire à la question suivante : "Pour vous aider dans votre pratique quotidienne, sollicitez-vous de votre propre initiative un DAC pour les situations complexes ?".

### **VI.2. Analyse des questions ouvertes**

Le questionnaire comprenait plusieurs questions ouvertes portant sur des définitions qui ont fait l'objet d'une analyse par récurrence des verbatim (*annexes 4 et 5*). La validité d'une réponse, *i.e.* réponse jugée correcte au regard de la question posée, était effective si elle comprenait un ensemble d'items évoquant des notions fondamentales choisies par les auteurs du travail parmi les items sur les bases de la littérature citée dans l'introduction (en particulier [10]). Ces notions étaient les suivantes :

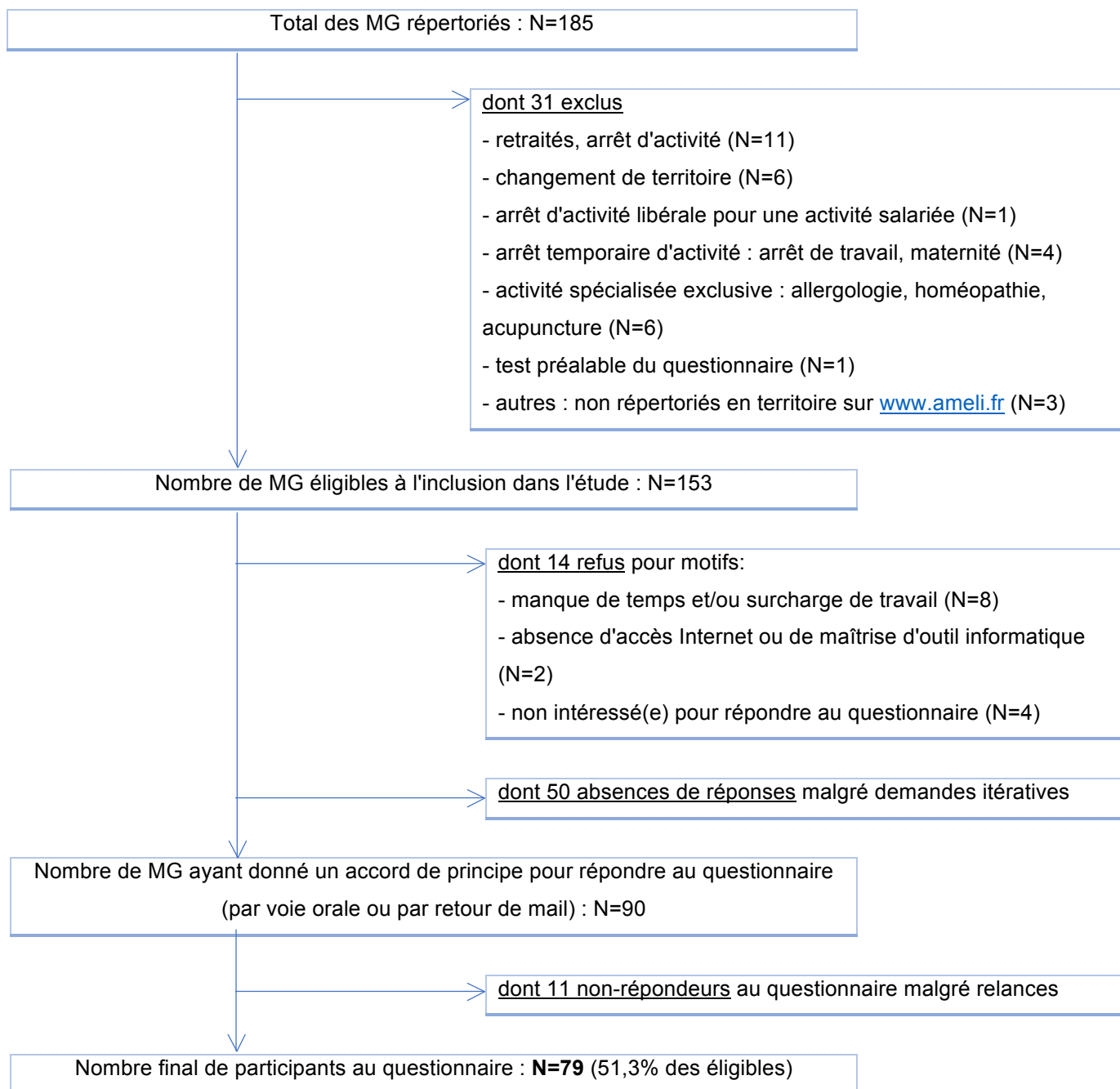
- situation complexe : patient polypathologique ; difficulté de gestion par le MT, l'entourage, ou la famille ; situation plurifactorielle, à multiples déterminants biopsychosociaux ; nécessité de pluridisciplinarité ou pluriprofessionnalité
- parcours de santé : cheminement cohérent du patient entre acteurs ou au sein des diverses structures de santé ; globalité de la prise en charge (caractère multidimensionnel) ; multiplicité des acteurs (professionnels médicaux, médicosociaux, sociaux, entourage et usager lui-même)
- DAC: pluriprofessionnalité ; articulation entre les différents acteurs ; soutien des professionnels auprès du patient ; complexité de la situation

## **VII. Cadre légal**

Le projet de l'étude a fait l'objet d'une demande au *Correspondant Informatique et Libertés* de la Faculté de Médecine de l'Université Grenoble-Alpes pour la *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (CNIL). Elle a été validée le 7 août 2018.

# RESULTATS

## I. Diagramme de flux



Parmi ces 79 participants, 62 ont répondu complètement au questionnaire.

## II. Caractéristiques de l'échantillon

Dans le tableau 1 sont présentées les caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire. Les participants majoritairement sont des femmes (68,4%), exercent en territoire rural ou semi-rural (86,9%), en association ou au sein d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) (77,6%), et 42,7% sont maîtres de stage universitaire (MSU).

### III Connaissances générales

#### III.1. Perception de la notion de parcours de santé

Parmi les items indiqués par les MG, les notions retenues pour considérer la réponse correcte à la définition du *parcours de santé* étaient : cohérence du cheminement en santé / globalité de la prise en charge (caractère multidimensionnel) / multiplicité des acteurs (incluant usager et entourage). Sur 59 participants, 15 ont donné une réponse correcte. Les autres récurrences notables concernaient la notion de coordination ou de réseau de soins (24) et la place centrale du médecin traitant dans la coordination (10).

#### III.2. Perception de la notion de situation complexe

L'analyse des réponses (65) pour la définition de la *complexité d'une situation* a donné les résultats suivants :

- 26 évoquaient une situation qui nécessite une pluridisciplinarité ou pluriprofessionnalité
- 21 considéraient qu'il s'agit d'une situation plurifactorielle à multiples déterminants biopsychosociaux
- 19 exprimaient des difficultés de gestion de la situation par la famille ou l'entourage
- 16 estimaient qu'elle concerne des patients polypathologiques
- 11 la rapportaient à une difficulté de gestion par le MT

Les autres items fréquemment cités mais de façon isolée étaient :

- 42 : concerne une problématique sociale
- 31 : concerne une problématique médicale
- 15 : concerne des patients avec troubles cognitifs, psychologiques ou psychiatriques
- 11 : concerne des personnes avec difficultés financières
- 8 : concerne des patients nécessitant un avis spécialisé ou une hospitalisation
- 8 : concerne une problématique de temporalité (difficulté à organiser une prise en charge rapide)

#### III.3. Perception de la notion d'appui à la coordination

Parmi les items décrits par les MG, les notions retenues pour considérer une réponse correcte pour la définition de *l'appui à la coordination* étaient : pluriprofessionnalité / articulation des professionnels / soutien des professionnels / complexité de la situation. L'item concernant la complexité n'a finalement pas été retenu car trop peu évoqué (7), et sur 53 participants, 8 ont donc donné une réponse correcte.

Par ailleurs, 29 ont cité de façon isolée l'item « aide logistique ou technique au parcours » et 13 l'item « coordination ». Les autres notions faisant l'objet de récurrences notables étaient l'étayage du MG (9), la centralisation de gestion par un organisme indépendant (8), et le soulagement des professionnels impliqués dans la prise en charge (5).

#### III.4. Rôles des DAC

La majorité des participants (53/59) attribuait aux DAC le rôle de coordination des aides et/ou soins à domicile. Les missions principales des DAC étaient retrouvées avec les items « coordination des aides et/ou soins à domicile » et « prise en charge globale du patient ». Seuls 3 ont répondu négativement à ces 2 items. L'analyse des réponses portées dans le tableau n°2 à la question « autre » montre que pour les

MG, les missions des DAC autres que celle d'appui à la coordination en cas de situation complexe sont une évaluation pluridisciplinaire à domicile, un conseil aux professionnels, ou une aide aux aidants et aux soignants concernés par la situation.

#### **IV. Connaissance des DAC du territoire**

Sur 65 participants, 4 ne connaissaient pas les DAC de leur territoire, mais 57 (87.7%) connaissaient la PSV et 34 (52.3%) connaissaient le dispositif MAIA. Parmi les autres structures citées par erreur comme DAC de territoire figuraient la Plateforme de Santé de Bourgoin-Jallieu (équivalent de la PSV mais situé dans le Nord-Isère) (3), l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (3), l'Equipe Mobile de Gériatrie (2), le service d'Hospitalisation à Domicile (2), l'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (1), ou l'Equipe Mobile Alzheimer (1).

#### **V. Utilisation des DAC**

##### **V.1. Sollicitation des DAC**

Au total, 43 participants sur 59 (72,9%) ont affirmé solliciter les DAC de leur propre initiative au cours de leur pratique professionnelle, dont 12 estimaient solliciter les DAC souvent ou régulièrement, 40 parfois ou rarement. Seuls 7 rapportaient une absence d'utilisation. Ils étaient 33/59 (58,9%) à déclarer solliciter les DAC de façon trop inconstante au regard de leurs besoins.

L'analyse statistique par le test d'indépendance n'a pas permis de mettre en évidence une association significative entre la sollicitation des DAC et les variables suivantes :

- sexe
- âge (comparant les moins et plus de 35 ans, le calcul étant invalide par manque de puissance de l'échantillon)
- type de territoire d'exercice (milieu rural / semi-rural / urbain)
- mode d'exercice (comparant ceux exerçant à plusieurs et exerçant en cabinet individuel, le calcul étant invalide par manque de puissance de l'échantillon)
- durée d'installation (comparant ceux installés depuis moins et plus de 15 ans)
- statut de MSU

##### **V.2. Verbatim concernant les DAC**

###### **V.2.1. DAC non utiles à la pratique**

Seuls 3 participants évoquaient l'absence de solution envisageable concernant les situations complexes. Différents freins à l'utilisation des DAC étaient par ailleurs évoqués par 3 autres participants : éloignement géographique de leur territoire d'exercice vis-à-vis du siège du DAC ou perte de temps engendrée par la sollicitation d'une DAC.

###### **V.2.2. Non sollicitation des DAC**

Seuls 4 participants expliquaient que les demandes pour leurs patients émanaient d'autrui. Ils étaient 3 autres à déclarer travailler préférentiellement avec les réseaux locaux d'acteurs, 3 autres exprimant un manque de connaissance des DAC et de moyen d'accès simple à ces derniers. Les autres

raisons invoquées étaient le manque d'habitude d'utilisation des DAC (2) ou un délai de prise en charge jugé trop long (1).

### **V.2.3. Sollicitation inconstante des DAC**

Ils étaient 12 participants estimant manquer de connaissance à propos des DAC de leur territoire : ignorance de leur existence, des rôles, des critères d'inclusion des patients, ou des moyens de prise de contact. Ils étaient 9 à exprimer ne pas avoir le réflexe de solliciter les DAC aussi souvent que besoin et ce par manque d'habitude, 6 à évoquer une surcharge de travail découlant de la demande, et 5 une absence de solution effective lors de précédentes sollicitations ou la crainte d'absence de solution envisageable à priori. Enfin, 5 invoquaient le refus de prise en charge par une équipe inconnue de la part du patient et/ou de sa famille (3) ou une méconnaissance à priori par l'équipe d'un DAC des problématiques autres que médicales concernant leurs patients (2).

### **V.3. Connaissance des critères de prise en charge de DAC**

Seuls 7 participants sur 59 ont donné une réponse correcte concernant les critères de prise en charge des patients par la PSV, et 1 seul a donné les critères de prise en charge du dispositif MAIA. Ceux qui ont donné ces réponses correctes pour au moins un des DAC les avaient déjà sollicités. Parmi les 25 affirmant ne pas connaître ces critères, 15 utilisaient les DAC.

### **V.4. Connaissance des équipes des DAC**

27 participants sur 53 (50,9%) ont donné une réponse correcte concernant la PSV et seuls 4 pour le dispositif MAIA, alors que 18 ont affirmé à tort la présence d'un assistant ou travailleur social au sein de la PSV et 11 pour le dispositif MAIA. Parmi 10 ne connaissant pas la composition des équipes, 5 utilisaient les DAC.

### **V.5. Ressenti d'une difficulté lors d'une prise en charge et sollicitation des DAC**

43 participants sur 59 (72.9%) estimaient rencontrer une sérieuse difficulté à la prise en charge des patients en situation complexe, dont 7 ne sollicitaient pourtant pas les DAC. Il n'a pas été possible de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre la sollicitation des DAC par les MG et leur ressenti d'une difficulté dans la prise en charge des patients en situation complexe (échantillon trop faible pour le test du Chi-2).

### **V.6. Fréquence de prise en charge de patients en situation complexe et sollicitation des DAC**

30 participants sur 59 (50.8%) estimaient prendre en charge régulièrement ou souvent des patients en situation complexe, contre 29 (49.2%) rarement ou parfois. Parmi ces 30, seuls 9 ne sollicitaient pas les DAC. Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la fréquence de prise en charge des patients en situation complexe et la sollicitation des DAC ( $p = 0.43$ ).

### **V.7. Profil des patients pour lesquels les MG sollicitent les DAC**

Les MG déclaraient solliciter les DAC en majorité pour des patients polyopathologiques (69,8%) ou pour qui la gestion par les équipes paramédicales en place était considérée comme difficile (74,4%), 23 sur

43 (53,5%) répondant aux 2 items à la fois (tableau n°3). Les autres caractéristiques invoquées étaient l'aide aux aidants naturels, la prise en charge de la douleur et celle de la fin de vie.

Parmi les autres motifs invoqués étaient cités le maintien à domicile difficile (5), l'incapacité de l'aidant principal (4), la difficulté du retour au domicile après hospitalisation (3), un conflit conjugal ou familial (3), l'épuisement des aidants (2), ou la fin de vie (1) (tableau n°4).

Les items les plus décrits dans la réponse rédactionnelle à la question ouverte « Décrire une situation vécue pour laquelle un appui par un dispositif dédié a eu lieu » étaient la polypathologie ou la maladie chronique (22), la démence (12), le patient en refus de solution proposée (9), et l'isolement social (9).

Les réponses à la question fermée à choix multiples concernant « le(s) type(s) de patients pour lesquels les MG sollicitent les DAC » étaient le patient âgé en perte d'autonomie (21), la polypathologie ou maladie chronique (21), la démence (20), l'isolement social (21), et les difficultés de gestion par les équipes paramédicales en place (24). De façon comparative, parmi les 21 ayant répondu à l'item *polypathologie ou maladie chronique*, 15 avaient évoqué cette notion dans le cas décrit. En revanche, parmi les 24 ayant répondu à l'item *difficultés de gestion par les équipes paramédicales en place*, 4 l'avait également décrit dans la question rédactionnelle.

## **VI. Opinions vis-à-vis des DAC**

### **VI.1. Perception des DAC**

45 participants sur 56 (80,4%) estimaient que les DAC sont utiles à la fois pour eux, les acteurs de terrain et le patient, et 49 (87,5%) au moins pour eux-mêmes, 50 (89,3%) au moins pour les acteurs de terrain, et 51 (91,1%) au moins pour le patient.

50 participants sur 57 (87.7%) déclaraient les DAC utiles à leur pratique professionnelle, 12 ne les utilisant pas, alors que seuls 3 déclaraient les DAC inutiles mais les utilisaient quand même. Il n'a pas été possible de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre l'utilité des DAC pour la pratique professionnelle des MG et leur utilisation effective de ceux-ci (échantillon trop faible pour le test du Chi-2).

### **VI.2. Respect de la place du MT**

10 participants sur 56 (17,8%) estimaient que les DAC ne respectent pas la place du médecin traitant. Parmi eux, 6 déclaraient les DAC utiles à leur pratique professionnelle, 5 les ayant déjà sollicités.

### **VI.3. Chevauchement des missions par les DAC étudiés**

21 participants sur 56 (37,5%) estimaient que les missions des DAC du territoire se chevauchent. Parmi eux, 14 avaient déjà sollicité un DAC et 18 estimaient les DAC utiles à leur pratique professionnelle. Le tableau n°5 résume la répartition des caractéristiques qui différencient PSV et dispositif MAIA selon les participants.

### **VI.4. Couverture des besoins et attentes**

46 participants sur 62 (74%) estimaient que leurs besoins sont couverts par les DAC pour les patients en situation complexe (tableau n°6). Parmi les autres, 3 réclamaient de l'information sur les DAC, et 1 souhaitait que MG et autres acteurs puissent participer directement à ces structures.

## **DISCUSSION**

### **I. Limites et biais de l'étude**

#### **I.1. Puissance statistique**

Pour une population cible de 153 MG éligibles, le nombre de participants nécessaire à l'exploitation des résultats avec un intervalle de confiance à 95% a été estimé à 110 [19], alors que les résultats ont été établis à partir d'un effectif de 79 (taux de participation : 51.3%) malgré les démarches effectuées pour le recrutement. Le questionnaire et son analyse ne permettaient pas une diffusion par voie postale, et l'effectif cible était trop important pour envisager un recrutement et une participation en présentiel. Par ailleurs, un nombre non négligeable de participants n'a pas répondu à l'intégralité des 44 questions : la longueur du questionnaire et le temps à y consacrer ont certainement contribué à cette perte d'information. Si le manque de puissance statistique constitue une limite à l'analyse des résultats, les taux de réponse sont néanmoins importants et n'obèrent pas une analyse brute et qualitative.

#### **I.2. Biais de recrutement**

L'étude présente un biais de recrutement potentiel par non exhaustivité, 50 MG (30.6% de la population cible) n'ayant donné aucune réponse aux sollicitations pour le recrutement. Il est possible que ces MG connaissaient moins et/ou utilisaient moins et/ou percevaient négativement les DAC de leur territoire par rapport aux participants, malgré l'insistance concernant la possibilité et l'intérêt de répondre au questionnaire quelques soient connaissances, utilisation et/ou perception des DAC.

#### **I.3. Refus exprimés à la participation**

Indépendamment du motif invoqué, les MG ayant refusé de participer au questionnaire concourent au biais de recrutement. Pour les 14 refus ont été exprimés 3 motifs : le manque de temps lié à une surcharge de travail (8), une difficulté technique liée à l'absence de connexion Internet ou à un défaut d'usage des courriels (2), et le désintérêt pour le sujet abordé (4). Le frein lié à la manipulation de l'outil informatique est marginal (2).

#### **I.4. Caractéristiques des MG ayant participé**

Les participants étaient en grande majorité des femmes exerçant en territoire rural ou semi-rural, ou des MG en association ou d'une MSP, et pour près de la moitié des MSU. Cette répartition est en partie liée à la démographie médicale nationale (prépondérance de femmes MG) et territoriale (prépondérance de zones rurales ou semi-rurales). La forte prévalence de MG exerçant en groupe et/ou étant MSU suggère un biais possible de recrutement lié au mode d'activité, orienté vers l'exercice en pluridisciplinarité et/ou l'encadrement pédagogique.

## **II. Analyse des résultats à la lumière de la littérature**

### **II.1. Connaissances concernant parcours, complexité, et DAC**

Seulement 1/4 environ des participants ont donné une réponse jugée correcte à la notion de parcours de santé, les définitions souvent proposées révélant des confusions avec les notions de coordination ou de parcours de soins. Seul 1/6 environ insiste sur la place centrale du MG dans le parcours de santé.

Les réponses à la question concernant la notion de complexité d'une situation étaient pour la plupart incomplètes, voire monovalentes, peu d'associations étant retrouvées entre les items attendus (pluridisciplinarité, plurifactorialité, pluripathologie, difficulté de gestion par l'entourage ou par le médecin traitant,...). Très peu de MG ont par ailleurs évoqué les notions de dépendance (5) ou perte d'autonomie (4), ainsi que celle de difficulté de maintien à domicile (5). La notion de complexité d'une situation n'est donc pas clairement cernée par une majorité des participants.

Bien que les définitions proposées par les participants mettent globalement en évidence une attente forte en matière de coordination par un dispositif, en parallèle de l'équipe de proximité en place et avec pour objet de soulager les professionnels, au moins la moitié des participants considère cette coordination comme une aide technique (évaluation, aides à domicile) et non organisationnelle au parcours.

Cependant, la grande majorité des participants a bien attribué aux DAC leur rôle principal de coordination des soins ou des aides à domicile, et accessoirement celui d'information ou conseil aux acteurs et d'évaluation multidimensionnelle d'une situation. Il n'a pas été possible de relier ou non cette perception correcte à un usage antérieur des DAC (échantillon faible pour une analyse statistique). Une telle connaissance des DAC au regard des difficultés à cerner les notions qui s'y rapportent suggère une acculturation implicite des MG aux ressources de leur environnement, en rapport direct avec leur pratique quotidienne ou le compagnonnage [9] [16] [20].

### **II.2. Connaissances des DAC du territoire**

Les équipes des DAC sont partiellement ou mal connues des MG, en particulier le dispositif MAIA, ce qui n'empêche pas le recours à un DAC quelqu'il soit : le service rendu semble donc prédominer sur la connaissance de la structure rendant le service [20] [21]. D'autre part, le réseau de santé PSV, tourné vers le soutien aux professionnels, est de fait connu en terme d'équipe par la moitié des participants.

Les assistants ou travailleurs sociaux sont fréquemment cités, à tort, comme faisant partie des équipes des DAC du Voironnais, ce qui démontre une attente forte des MG, professionnels des soins, en matière de prise en charge complémentaire médico-sociale ou sociale des patients en situation complexe, et la perception d'une intrication entre déterminants sanitaires et non sanitaires de la complexité. Cela signe par ailleurs leur méconnaissance du portage du dispositif MAIA du Voironnais par le Département de l'Isère, qui dispose de tels personnels (référents APA) et les articule avec ce dispositif. La place des DAC dans ce type de soutien est sinon une orientation forte de l'Etat [1] [2] [6] [9] [16] [20].

### **II.3. Utilisation des DAC**

La sollicitation d'une DAC par un MG représente au plus ¼ des situations traitées par ces dispositifs dans le Voironnais et plus largement en France [9] [22] [23], les MG estimant sinon



majoritairement solliciter les DAC de façon trop inconstante par rapport à leurs besoins. Les verbatim montrent néanmoins que très peu estimaient les DAC inefficaces concernant les situations complexes, plus du 1/3 considérant ces DAC utiles pour leur pratique professionnelle mais ne les sollicitant pas. Les MG semblent donc conscients de l'intérêt potentiel des DAC pour leur pratique professionnelle, mais paradoxalement ne sont pas forcément enclins à les solliciter. Alors que l'étude ne permet pas de dégager un profil d'utilisateur (échantillon faible), les verbatim révèlent des freins retrouvés dans la littérature traitant des expérimentations nationales d'appui à la coordination : difficulté à identifier le bon interlocuteur ou le dispositif adapté, chronophage (ressentie ou réelle) liée à la sollicitation, manque d'habitude d'usage d'un DAC dans la pratique professionnelle classique, manque de visibilité des services fournis [9] [12] [16] [20]. Pour environ 1/5 des participants seulement, la crainte de perdre le rôle de pivot du parcours est évoquée, alors qu'il s'agit d'une critique régulière des représentants nationaux de la médecine générale vis-à-vis des DAC [9].

La plupart des participants ont en outre indiqué solliciter les DAC principalement quand les équipes paramédicales en place éprouvaient des difficultés de prise en charge. Le soutien à tout professionnel en difficulté autour du patient constitue bien une mission des DAC [9] [10] [11] [12]. La grande majorité des participants sollicitaient les DAC pour des patients polypathologiques ou présentant une pathologie démentielle, ce qui rappelle les missions fondamentales respectivement des réseaux de santé [10] et des dispositifs MAIA [11]. Le refus par un patient des solutions qui lui sont proposées est également invoqué : les DAC sont donc tout autant sollicités pour rechercher une résolution de crise [16] [20].

Enfin, alors que plus de 1/3 des participants ont rapporté qu'il connaissait les critères d'inclusion de chacun des DAC du Voironnais, aucune mention n'a été spontanément faite par un seul d'une sollicitation à un DAC plutôt qu'à l'autre pour une situation complexe en fonction de ses caractéristiques.

Ainsi, malgré une relative méconnaissance des principes d'organisation des DAC ou des divers services qu'ils peuvent rendre dans un territoire, une majorité de MG a compris ce qu'ils pouvaient en attendre : un soutien polymodal en cas de difficulté vis-à-vis d'un patient, quelque soit cette difficulté. Il s'agit là d'une référence à la définition la plus simple de la complexité d'une situation, intuitive et souple car relative à chacun, proposée par des acteurs des réseaux de santé dès 2011 et reprise par l'Etat dans la loi LMSS en 2016 [6] [21]. Il s'agit également d'une illustration des chevauchements partiels entre les services fournis par les divers types de DAC, du besoin de simplification du recours aux DAC et d'harmonisation de leurs outils [8] [13] [16] [20], dont l'écho est la dynamique de convergence, voir de fusion, prônée aujourd'hui par l'Etat [24].

#### **II.4. Opinions des MG vis-à-vis des DAC de leur territoire**

Le taux de satisfaction (près de 9/10) concernant l'utilité des DAC dans la pratique professionnelle dans notre étude est du même ordre que celui rapporté ailleurs pour l'appui à la coordination par un réseau [23], un dispositif MAIA [13], ou un autre type de DAC [13]. Un tel niveau de satisfaction confirme l'intérêt de renforcer et améliorer les services rendus par les DAC, là encore malgré une opinion contraire des représentants nationaux de la médecine générale [9].

Alors qu'environ 1 participant sur 5 estimait que sa place n'était pas respectée par les DAC, celles-ci ont pour mission d'apporter un appui à la coordination en facilitant le rôle pivot du médecin traitant dans l'articulation du projet personnalisé de santé (PPS d'un réseau) ou en prônant la recherche d'avis du MT lors de l'élaboration du plan de service individualisé (PSI du dispositif MAIA). Une difficulté expliquant ce sentiment peut être liée au manque de disponibilité du MG pour interagir avec coordonnateurs d'appui ou

gestionnaires de cas, notamment lors des réunions de concertation (RCP), moments clés de la coopération entre acteurs autour d'un patient [10] [16] [20]. Une minorité de participants souhaitait tout de même être plus consultée et impliquée dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un appui à la coordination.

### **III. Enseignements pour les DAC dans le Voironnais**

Les données de notre étude orientent vers plusieurs pistes d'amélioration pour les DAC du Voironnais, en premier lieu : 1) communiquer et offrir aux MG une meilleure lisibilité et connaissance de leurs services ; 2) simplifier leurs modes opératoires; 3) articuler leurs divers services. Il s'agit précisément des orientations actuelles de l'Etat concernant les DAC [24], après les expérimentations PAERPA [16] [20] et TSN [25] : aboutir à une convergence et une simplification des services proposés par les différents DAC en territoires. Une telle dynamique de rapprochement et de collaboration, foncièrement partagée entre équipes, est aujourd'hui largement engagée sur le terrain dans le Voironnais et mérite de l'être plus largement en Isère, entre le GCS MRSI, porteur des réseaux, et le Département, porteur de la plupart des dispositifs MAIA.

### **IV. Enseignements pour l'évolution des DAC en France**

Ce qui est possible en terme de convergence des DAC dans certains territoires, avec plus ou moins de facilité ou de succès, reste dans de nombreux autres sous le joug de l'histoire, des mouvements politiques, et des corporatismes. Bien que répondant globalement aux divers enjeux de santé concernant la population, le système de santé français est complexe, fortement cloisonné en de multiples services et acteurs aux prérogatives et champs de compétences divers, relevant d'organismes de régulation et de financements différents. Cette complexité s'est développée, entre autre avec l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, du nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement de la population, ainsi que du fait d'une meilleure prise en compte des besoins des personnes présentant un handicap, y compris les enfants [26]. A la recherche d'une plus grande cohérence des prises en charge au long cours et du décroisement entre les divers acteurs, la loi HPST a d'une part positionné le MT comme pivot du parcours de santé des patients, et d'autre part rapproché ARS et Départements pour le pilotage des services médico-sociaux, en particulier auprès des personnes âgées [3].

Dès 2002, issus d'une dynamique forte de l'Etat, ont été financés et se sont développés dans de nombreux territoires les CLIC (pour les personnes âgées) et les réseaux de santé (pour les patients présentant une pathologie chronique). Ces premiers collectifs d'acteurs locaux, coopérant pour répondre à des priorités territoriales de santé, étaient historiquement promoteurs d'une démarche de prise en charge globale et décroisée, à l'interface entre les divers professionnels et les usagers et à l'interstice entre les diverses organisations. La mission socle des réseaux de santé est devenue, sur demande de l'Etat en 2012, le soutien à la mise en œuvre des parcours de santé, avec des réponses coordonnées et graduées aux besoins des personnes en situation complexe [10] [12]. Les CLIC de niveau 3 se sont parallèlement développés pour assurer la coordination des services et professionnels autour des personnes âgées en difficulté [12]. C'est à partir de 2011 que la CNSA a financé et lancé le déploiement national des dispositifs MAIA afin d'améliorer les parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes atteintes de pathologie démentielles [12] [23]. Ainsi, en 10 ans, le MG est devenu, avec l'utilisateur concerné,

le principal bénéficiaire de 3 dispositifs différents, aux professionnels, modes opératoires, et outils différents, avec des porteurs et financements différents, mais avec une mission fondamentale similaire axée sur l'amélioration et le soutien aux parcours de santé.

C'est dans un souci de clarté et pour dépasser ce cloisonnement entre services dédiés au décloisonnement que le législateur a introduit en 2016 les plateformes territoriales d'appui (PTA) dans la loi LMSS [4], cette fois prioritairement au service des professionnels de soins primaires. Les PTA, dont le déploiement est du ressort des ARS, représentent un espace de regroupement fonctionnel d'équipes et partenaires et d'articulation entre les divers services dédiés aux parcours, en premier lieu les DAC d'un même territoire. Si dans quelques régions, sous la conduite de ARS, les PTA réunissent aujourd'hui réseaux, CLIC, et dispositifs MAIA, dans d'autres des réticences concernant avant tout portage, financement, ou gouvernance s'opposent à une telle évolution, ce que les enseignements issus des expérimentations pionnières PAERPA permettaient d'anticiper, alors même qu'après plus de 5 ans de déploiement leur impact en matière de plus-value reste difficilement évaluable [16] [20]. Enfin, la nouvelle stratégie de transformation du système de santé, qui doit donner lieu à une loi au printemps, évoque aujourd'hui la notion de convergence, voir de fusion structurelle des DAC [24], mais semble-t-il sans y inclure les CLIC (communication personnelle issue de la DGOS, 19/12/18).

L'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNRS) a publié mi 2018 un moratoire décrivant les prérequis fondamentaux au processus de convergence des DAC : privilégier l'articulation entre équipes et services plutôt que leur portage unique, favoriser et animer les coopérations territoriales entre acteurs et en leur nom par le biais d'une gouvernance partagée des DAC [10]. Cette posture a été reprise par la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination aux parcours en Santé (FACS), fondée avec l'UNRS et l'Association Nationale des Coordonnateurs de CLIC (ANC-CLIC) pour représenter un espace collectif œuvrant en faveur de la convergence fonctionnelle des DAC [27]. Les principaux enjeux de la convergence sont pour la FACS la polyvalence des services d'appui pour tout public et la nécessité d'une organisation légitimée construite avec les acteurs de soins primaires.

La stratégie de transformation du système de santé prévoit de promouvoir les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), regroupant autour des professionnels des soins primaires (promoteurs) les acteurs de second recours, médico-sociaux et sociaux, dans le cadre de priorités territoriales consensuellement identifiées [24]. Les promoteurs des CPTS ont en outre pour mission de favoriser la coordination entre tous les professionnels afin d'améliorer les parcours de santé des patients présentant des pathologies chroniques, fragiles, ou en perte d'autonomie, et peuvent pour cela faire appel aux PTA ou aux DAC. La gouvernance partagée des DAC aujourd'hui en convergence s'identifie ainsi naturellement à celle des CPTS, à l'instar de celles des réseaux de santé polyvalents ou des tables tactiques des dispositifs MAIA. C'est ainsi que la FACS envisage la réussite des évolutions auxquelles sont confrontés les divers types de DAC pour remplir pleinement leurs missions auprès des usagers et professionnels, en particulier les MG.

## **CONCLUSION**

En accord avec la littérature, les données de notre étude illustrent l'un des enjeux de la réorganisation actuelle du système de santé, l'efficience de l'appui aux parcours de santé au service des acteurs de soins primaires, abordé dans la future loi de transformation du système de santé. Les divers types de DAC sont ainsi amenés à se regrouper, leurs acteurs étant conscients de la nécessité d'une simplification, meilleure lisibilité et articulation des différents services déployés en territoires, au bénéfice des usagers et acteurs de soins primaires. Ils s'appuient sur le caractère fédérateur d'une gouvernance partagée des DAC en convergence adossée à celle des CPTS.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Parcours de soins, Parcours de santé, Parcours de vie (page consultée le 23/12/18) [en ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf).
2. Fery-Lemonnier E. Les parcours, une nécessité. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2014;(88):12-23.
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi Hôpital Patients Santé Territoires (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>.
4. Ministère des Affaires Sociales, de la santé, et des Droits des Femmes. Loi de modernisation de notre système de santé (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116\\_dp\\_loi-de-sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf).
5. Frattini MO, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. Santé Publique, 2015;S1(HS):87-94.
6. Haute Autorité de Santé. Points clés & solutions : organisation des parcours - Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » (page consultée le 06/09/2018) [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf).
7. Waldvogel F, Balavoine JF, Perone N, Schusselé-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. Rev Med Suisse, 2012;(8):1022-1024.
8. Tanquerel C. La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré-Bocage [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Caen, Université de Caen Basse-Normandie, Faculté de Médecine, 2015.
9. Blanchard P, Eslous L, Yeni I, Louis P. Evaluation de la coordination d'appui aux soins. La documentation française, 2014; rapport n°2014-010R.
10. Union Nationale des Réseaux de Santé. Missions des réseaux de santé (page consultée le 06/12/2018) [en ligne]. <https://www.mrss.fr/uploaded/docs/actualites/moratoire.pdf>.
11. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. MAIA: une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées (page consultée le 06/09/18) [en ligne]. <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>.

12. Bloch MA, Henaut L, Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris, 2014. Dunod.
13. Piboyeu E. Gestion de cas et dispositif d'intégration MAIA : état des lieux des connaissances et satisfaction des médecins généralistes, étude en Maine et Loire sur Angers, l'agglomération d'Angers et le pays Segréen [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Angers, Université d'Angers, Faculté de Médecine, 2015.
14. Saint-Paul M, Faure-Dressy F, Paviot-Trombert B, Gonthier R, Celarier T. Intéret de la coordination de proximité pour le maintien à domicile de 511 patients en situation complexe. Rev Geriat 2018;43(8):465-74.
15. Manfredi-Pons C. Le médecin généraliste et les réseaux de santé en Midi-Pyrénées [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Toulouse, Université Paul Sabatier, Faculté des Sciences Médicales, 2008.
16. Gand S, Periac E, Bloch MA, Henaut E. Evaluation qualitative PAERPA. Paris, 2017. Editions de l'ANAP.
17. Communauté du Pays Voironnais. Analyse des besoins sociaux du Pays Voironnais - Document de synthèse - novembre 2014 (page consultée le 06/09/2018) [en ligne]. [http://www.paysvoironnais.com/documents/Publications/24p\\_Synthese\\_ABS\\_CPV\\_BD.pdf](http://www.paysvoironnais.com/documents/Publications/24p_Synthese_ABS_CPV_BD.pdf).
18. Assurance Maladie. Annuaire Santé (page consultée le 06/09/18) [en ligne]. <http://annuaresante.ameli.fr/>.
19. SurveyMonkey. Calculatrice de taille de l'échantillon (page consultée le 06/09/18) [en ligne]. <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
20. Pruvot A, Picherau P, Proult E, Lussier MD. Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA. Paris, 2016. Editions de l'ANAP.
21. Mick G, Debellis M, Weissmann M, Saby M, Genthon A. La coordination entre acteurs, enjeu de santé publique. *In*Effcience des systèmes de soins – Ingénierie de la santé et société. Paris, sous presse. Editions ISTE.
22. Groupement de Coopération Sanitaire MRSI. Rapports d'activité 2016 et 2017. Saint Martin d'Hères, 2018. Document interne (libre d'accès).
23. CNSA. Rapport d'évaluation des dispositifs MAIA (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. <https://www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia>.
24. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022, un engagement collectif (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante->

[2022-un-engagement-collectif.](#)

25. Baud C, Ptakhine E, Xerri JG. Expérimentations TSN - Organisations territoriales au service de la coordination - Construction des dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. Paris, 2017. Editions de l'ANAP.

26. HCAAM. Contribution à la transformation du système de santé. Rapport 2018 (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. <http://www.securite-sociale.fr/Contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-Rapport-HCAAM-2018>.

27. HOSPIMEDIA. Articles (page consultée le 06/01/19) [en ligne]. <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20181120-politique-de-sante-la-federation-des-dispositifs-d>.

-----

## TABLEAUX

Tableau n°1 : caractéristiques des MG interrogés				
<b>Sexe</b>	Femme	Homme		
Effectif (sur 76 MG)	52	24		
en %	68,4%	31,6%		
<b>Âge</b>	moins de 35 ans	de 35 à 55 ans	plus de 55 ans	
Effectif (sur 76 MG)	15	45	16	
en %	19,7%	59,2%	21,1%	
<b>Territoire d'exercice</b>	Rural	Semi-rural	Urbain	
Effectif (sur 76 MG)	24	42	10	
en %	31,6%	55,3%	13,2%	
<b>Mode d'exercice</b>	Cabinet individuel	En association, cabinet de groupe ou MSP		
Effectif (sur 76 MG)	17	59		
en %	22,4%	77,6%		
<b>Durée d'installation</b>	moins de 5 ans	de 5 à 15 ans	de 15 à 25 ans	plus de 25 ans
Effectif (sur 76 MG)	20	27	16	13
en %	26,3%	35,5%	21,1%	17,1%
<b>Implication dans la coopération entre acteurs de santé du territoire</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	58	18		
en %	76,3%	23,7%		
<b>Formation médicale continue</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	41	35		
en %	53,9%	46,1%		
<b>Education thérapeutique du patient</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	21	55		
en %	27,6%	72,4%		
<b>Pôle de santé</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	14	62		
en %	18,4%	81,6%		
<b>Maison de Santé Pluriprofessionnelle</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	20	56		
en %	26,3%	73,7%		
<b>Inter-Filière Gériatrique</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	2	74		
en %	2,6%	97,4%		
<b>Plateforme de Santé du Voironnais</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 76 MG)	24	52		
en %	31,6%	68,4%		
<b>Enseignement</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 75 MG)	32	43		
en %	42,7%	57,3%		
<b>Maître de Stage Universitaire</b>	Oui	Non		
Effectif (sur 75 MG)	32	43		
en %	42,7%	57,3%		
<b>Professeur Universitaire en</b>	Oui	Non		



Médecine Générale		
Effectif (sur75 MG)	0	75
en %	0,0%	100,0%
Séminaires, cours	Oui	Non
Effectif (sur75 MG)	4	71
en %	5,3%	94,7%
Membre du Collège National des Généralistes Enseignants	Oui	Non
Effectif (sur75 MG)	3	72
en %	4,0%	96,0%

**Tableau n°2 :réponses à la question : « Selon vous, quel(s) rôle(s) joue(nt) les dispositifs de coordination d'appui en matière de complexité ? »**

	OUI		NON	
	Effectif sur 59 MG	en %	Effectif sur 59 MG	en %
Coordination des aides et/ou soins à domicile	53	89,8%	6	10,2%
Ouvertures de droits : aides financières et/ou humaines	46	78,0%	13	22,0%
Aide à l'autonomie des personnes en situation de dépendance	44	74,6%	15	25,4%
Prise en charge globale du patient	38	64,4%	21	35,6%
Gestion d'une maladie chronique	23	39,0%	36	61,0%

**Tableau n°3 :réponses à la question : "Pour quel(s) type(s) de patients sollicitez-vous les DAC?"**

	OUI		NON	
	Effectif sur 43 MG	en %	Effectif sur 43 MG	en %
Difficultés de gestion par les équipes paramédicales déjà en place	32	74,4%	11	25,6%
Polypathologique, maladie chronique	30	69,8%	13	30,2%
Isolement social	28	65,1%	15	34,9%
Démence compliquant une maladie neurodégénérative	27	62,8%	16	37,2%
Patient âgé en perte d'autonomie	26	60,5%	17	39,5%
Patient en refus de solution proposée	23	53,5%	20	46,5%
Personne en situation de handicap	19	44,2%	24	55,8%
Difficulté d'ordre psychiatrique	13	30,2%	30	69,8%
Difficultés financières	8	18,6%	35	81,4%

**Tableau n°4 : type(s) de patient(s) pour le(s)quel(s) les MG déclarent solliciter les DAC et verbatim à propos de l'exemple de situation complexe ayant bénéficié d'une prise en charge par un DAC**

		oui	non	total
Patient âgé en perte d'autonomie	décrit	4	4	8
	pas décrit	17	8	25
	total	21	12	33
Polypathologique, maladie chronique	décrit	15	7	22
	pas décrit	6	5	11
	total	21	12	33
Démence compliquant une maladie neurodégénérative	décrit	9	3	12
	pas décrit	11	10	21
	total	20	13	33
Personne en situation de handicap	décrit	2	0	2
	pas décrit	12	19	31
	total	14	19	33
Difficulté d'ordre psychiatrique	décrit	2	3	5
	pas décrit	9	19	28
	total	11	22	33
Patient en refus de solution proposée	décrit	8	1	9
	pas décrit	10	14	24
	total	18	15	33
Isolement social	décrit	9	0	9
	pas décrit	12	12	24
	total	21	12	33
Difficultés financières	décrit	2	2	4
	pas décrit	6	23	29
	total	8	25	33
Difficultés de gestion par les équipes paramédicales déjà en place	décrit	4	2	6
	pas décrit	20	7	27
	total	24	9	33

**Tableau n°5 : réponses à la question : "Vous estimez que les DAC présents dans votre territoire d'exercice n'ont pas les mêmes missions : quelle(s) caractéristique(s) principale(s) les différencie(nt)? »**

	OUI		NON	
	Effectif sur 35 MG	en %	Effectif sur 35 MG	en %
Les critères d'inclusion	17	48,6%	18	51,4%
Les équipes	18	32,1%	17	67,9%
Le soutien visé (le patient / sa famille vs les acteurs de soins primaires)	13	23,2%	22	76,8%
Le niveau organisationnel	8	14,3%	27	85,7%
Le suivi	7	12,5%	28	87,5%
La sollicitation (hospitalière vs en ville)	6	10,6%	29	89,4%
La mission annexe d'animation territoriale des coopérations	2	3,6%	33	96,4%
La polyvalence	2	3,6%	33	96,4%
Le guichet intégré	1	1,8%	34	98,2%

**Tableau n°6 : réponses à la question : « Quels sont vos attentes et/ou besoins non couverts par les DAC présents dans le territoire? »**

	OUI		NON	
	Effectif sur 16 MG	en %	Effectif sur 16 MG	en %
Information régulière du médecin traitant de l'évolution du dossier	7	43,8%	9	56,3%
Adéquation des réponses apportées à la problématique initiale	7	43,8%	9	56,3%
Prise en compte du rôle pivot du médecin traitant	6	37,5%	10	62,5%
Regroupement des dispositifs d'aide à la coordination d'appui	6	37,5%	10	62,5%
Suivi à long terme avec adaptation du projet de soin	5	31,3%	11	68,8%
Elargissement des critères de prise en charge des patients	5	31,3%	11	68,8%
Solutions financières	2	12,5%	14	87,5%

## ANNEXES

### Annexe n°1 : questionnaire adressé en ligne aux médecins généralistes recrutés

#### Dispositifs de coordination d'appui pour les situations complexes : connaissances et perception par les médecins généralistes du Voironnais

Ce questionnaire s'intègre dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale de la Faculté Grenoble-Alpes. Il a pour but de réaliser un état des lieux de la connaissance et du regard des médecins généralistes vis-à-vis des dispositifs d'appui à la coordination des parcours auxquels ils peuvent faire appel concernant des patients en situation complexe. Les médecins généralistes installés dans le territoire Voironnais sont invités à y participer. La durée estimée pour remplir le questionnaire (44 questions) est d'environ 15 mn. Les résultats de l'étude à publier dans la thèse vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Avec nos remerciements.

David LEBRES, étudiant en thèse / Dr Gérard MICK, directeur de thèse

#### Vous, en tant que praticien

##### Vous êtes un(e) :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme
- Autre

##### Quel âge avez-vous?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 35 ans
- de 35 à 55 ans
- plus de 55 ans

##### Territoire d'exercice :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- rurale
- semi-rurale
- urbaine

##### Vous exercez :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En cabinet individuel
- En association, cabinet de groupe ou Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Autre

##### Vous êtes installé(e) sur le Bassin Voironnais depuis :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 5 ans
- de 5 à 15 ans
- de 15 à 25 ans
- plus de 25 ans

#### Pensez-vous être impliqué activement dans les actions de coopération entre acteurs de santé du territoire suivantes ?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Formation Médicale Continue
- Education thérapeutique du Patient
- Pôle de Santé
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle

- Inter-Filière Gériatrique
- Plateforme de Santé du Voironnais
- Je ne participe pas à la coordination entre acteurs de santé
- Autre:
- 

**Êtes-vous impliqué dans l'enseignement (universitaire ou non)?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Si oui, de quelle(s) type(s) ?**

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

**La réponse était 'Oui' à la question '7 [g]' (Êtes-vous impliqué dans l'enseignement (universitaire ou non)?)**

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Maître de Stage Universitaire
- Professeur universitaire en médecine générale
- Intervenant dans les séminaires, cours donnés aux étudiants en médecine
- Membre du Collège National des Généralistes Enseignants
- Autre:

**Votre perception de la notion de complexité d'une situation**

**Quelle serait votre définition de la notion de *complexité d'une situation*?**

Veillez écrire votre réponse ici :

Définition proposée d'une situation complexe :

*« Une situation complexe concerne des personnes présentant de façon plus ou moins intriquée des difficultés médicales, sociales et/ou psychologiques rendant leur prise en charge difficile par les acteurs de santé, et pour lesquelles le parcours de santé n'est pas considéré comme efficient. Souvent, il s'agit de problèmes de maintien au domicile liés à de multiples déterminants que le médecin n'a pas les moyens de gérer seul. »*

**Fréquence estimée de prise en charge/ suivi de patients dits "*en situation complexe*" dans votre pratique quotidienne :**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Régulièrement
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**Percevez-vous une difficulté *sérieuse* vis-à-vis de ces situations dans votre pratique professionnelle?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**A quelle fréquence avez-vous recours à une aide pour ces situations ?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Régulièrement
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**Quelle serait votre définition de la notion de *parcours de santé*?**

Veillez écrire votre réponse ici :

Définition proposée d'un parcours de santé :

*"Parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part l'accompagnement médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...)"*

**Quelle serait votre définition de la notion d'appui à la coordination des parcours de santé?**

Veillez écrire votre réponse ici :

Définition proposée de l'appui à la coordination des parcours de santé :

« La coordination d'appui rassemble tous les acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture de soins, en appui à l'exercice clinique, pour une amélioration de l'état de santé global. Elle a pour rôle d'évaluer les besoins du patient en situation complexe et d'y répondre, avec un suivi, et en lien avec le médecin traitant. »

**Votre connaissance des dispositifs de coordination d'appui présents dans votre territoire**

**Parmi les propositions suivantes, avez-vous connaissance des dispositifs de coordination d'appui dédiés aux patients complexes présents dans le territoire où vous exercez?**

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Plateforme de Santé du Voironnais (PSV)
- Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)
- Je ne connais pas de dispositif dédié à la coordination d'appui en cas de situation complexe
- Autre:

**Selon vous, quel(s) rôle(s) joue(nt) les dispositifs de coordination d'appui en matière de complexité ?**

(Question soumise à condition : si la réponse était 'Plateforme de Santé du Voironnais (PSV)' ou 'Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)' à la question "Parmi les propositions suivantes, avez-vous connaissance des dispositifs de coordination d'appui dédiés aux patients complexes présents dans le territoire où vous exercez?", sinon les participants sont redirigés directement vers la question "Vos attentes et/ou besoins en matière d'aide à la prise en charge des patients en situation complexe sont-ils globalement couverts par les dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice?")

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Gestion d'une maladie chronique
- Ouvertures de droits : aides financières et/ ou humaines
- Aide à l'autonomie des personnes en situation de dépendance
- Coordination des aides et/ ou soins à domicile
- Prise en charge globale du patient
- Autre:

**Avez-vous connaissance des critères de prise en charge des dispositifs dédiés à l'appui en cas de situation complexe?**

	Réponse :
Concernant la PSV?	
Concernant la MAIA?	

**Avez-vous connaissance des professions dont sont issues les équipes composant ces dispositifs de coordination d'appui aux patients complexes?**

	Réponse :
Concernant la PSV?	
Concernant la MAIA?	

**Votre usage des dispositifs de coordination d'appui du territoire**

**Sollicitez-vous de votre propre initiative, pour vous aider dans votre pratique quotidienne, un dispositif dédié à l'appui pour les situations complexes?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous ne sollicitez pas ces dispositifs de votre propre initiative : pour quelle raison?  
Via quel autre professionnel faites-vous éventuellement appel à ces dispositifs ?**

Question soumise à condition, si la réponse était 'Non' à la question "Sollicitez-vous de votre propre initiative, pour vous aider dans votre pratique quotidienne, un dispositif dédié à l'appui pour les situations complexes?"

**Pour quel(s) type(s) de patient(s) le sollicitez-vous ?**

Question soumise à condition, si la réponse était 'Oui' à la question "Sollicitez-vous de votre propre initiative, pour vous aider dans votre pratique quotidienne, un dispositif dédié à l'appui pour les situations complexes?"

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Patient âgé en perte d'autonomie
- Polypathologique, maladie chronique avec difficulté de gestion des différents intervenants
- Démence compliquant une maladie neurodégénérative
- Personne en situation de handicap
- Difficulté d'ordre psychiatrique
- Patient en refus de solution proposée
- Isolement social
- Difficultés financières
- Difficultés de gestion par les équipes paramédicales déjà en place
- Autre:

**A quelle fréquence sollicitez-vous les dispositifs de coordination d'appui en cas de situation complexe?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Régulièrement
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**Estimez-vous solliciter les dispositifs selon votre besoin réel ou bien de façon inconstante malgré le besoin?**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Selon le besoin
- De façon trop inconstante

**Vous estimez solliciter les dispositifs d'appui à la coordination de façon trop inconstante, pourquoi?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'De façon trop inconstante' à la question "Estimez-vous solliciter les dispositifs selon votre besoin réel ou bien de façon inconstante malgré le besoin?"

Veillez écrire votre réponse ici :

**Pourriez-vous très brièvement décrire, le cas échéant, une situation vécue pour laquelle un appui par un dispositif dédié a eu lieu (sur votre initiative ou non) : type de situation (pathologie, âge, problème majeur en cause), réactivité du dispositif (oui, non), résolution par le dispositif (oui, non) ?**

Veillez écrire votre réponse ici :

**Vos commentaires, sentiments, critiques**

**Estimez-vous que les dispositifs de coordination d'appui en cas de situations complexes sont utiles pour votre pratique professionnelle?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que ces dispositifs ne sont pas utiles pour votre pratique professionnelle : pouvez-vous indiquer brièvement pourquoi?**

Veillez écrire votre réponse ici :

**Vous estimez que ces dispositifs sont utiles à votre pratique professionnelle :**

**pour quelle(s) raison(s)?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Oui' à la question "Estimez-vous que les dispositifs de coordination d'appui en cas de situations complexes sont utiles pour votre pratique professionnelle?"

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Gain de temps
- Aisance logistique
- Lien, concertation avec tous les acteurs du dossier
- Regard extérieur sur la situation complexe
- Désintérêt pour ce type de prise en charge
- Autre:

**Estimez-vous que ces dispositifs sont utiles pour d'autres acteurs de santé ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que ces dispositifs sont utiles pour d'autres acteurs de santé :  
pour quel(s) professionnel(s) en particulier?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Oui' à la question "Estimez-vous que ces dispositifs sont utiles pour d'autres acteurs de santé ?"

Veillez écrire votre réponse ici :

**Estimez-vous que ces dispositifs sont utiles pour les usagers ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que ces dispositifs sont utiles pour les usagers :  
pour quel(s) usager(s) en particulier?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Oui' à la question "Estimez-vous que ces dispositifs sont utiles pour les usagers ?"

Veillez écrire votre réponse ici :

**Estimez-vous que ces dispositifs respectent la place du médecin généraliste ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que ces dispositifs ne respectent pas la place du médecin généraliste :  
pourquoi ?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Non' à la question "Estimez-vous que ces dispositifs respectent la place du médecin généraliste ?"

Veillez écrire votre réponse ici :

**Estimez-vous que ces dispositifs respectent la place du patient et son projet de vie ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que ces dispositifs ne respectent pas la place du patient et son projet de vie :  
pourquoi?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Non' à la question "Estimez-vous que ces dispositifs respectent la place du patient et son projet de vie ?"

Veillez écrire votre réponse ici :

**Estimez-vous que les deux dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice (PSV et MAIA) ont des missions qui se chevauchent ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Vous estimez que les dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice n'ont pas les mêmes missions : quelle(s) caractéristique(s) principale(s) les différencie(nt)?**



Question soumise à condition : si la réponse était 'Non' à la question "Estimez-vous que les deux dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice (PSV et MAIA) ont des missions qui se chevauchent ?"

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Les critères d'inclusion
- La polyvalence
- Le suivi
- Les équipes
- Le soutien visé (le patient/sa famille vs les acteurs de soins primaires)
- Le niveau organisationnel
- Le guichet intégré
- La mission annexe d'animation territoriale des coopérations (soutien méthodologique aux acteurs de soins primaires)
- La sollicitation (hospitalière vs en ville)
- Autre:

### **Vos attentes et besoins**

**Vos attentes et/ou besoins en matière d'aide à la prise en charge des patients en situation complexe sont-ils globalement couverts par les dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Quelles sont vos attentes et/ou besoins non couverts par les dispositifs d'appui présents dans le territoire?**

Question soumise à condition : si la réponse était 'Non' à la question "Vos attentes et/ou besoins en matière d'aide à la prise en charge des patients en situation complexe sont-ils globalement couverts par les dispositifs d'appui présents dans votre territoire d'exercice?"

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Elargissement des critères de prise en charge des patients
- Prise en compte du rôle pivot du médecin traitant
- Information régulière du médecin traitant de l'évolution du dossier
- Suivi à long terme avec adaptation du projet de soin
- Solutions financières
- Adéquation des réponses apportées à la problématique initiale
- Regroupement des dispositifs d'aide à la coordination d'appui
- Autre:

Ce questionnaire est maintenant terminé.

Nous vous remercions vivement pour votre participation!

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire."

## FICHE D'INFORMATION

Bonjour, je m'appelle **David LEBRES**, je suis interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de l'Université Grenoble-Alpes.

Je me permets de vous joindre concernant le **projet de thèse d'exercice** que je mène avec le **DrGérard MICK**, mon directeur de thèse. Le sujet de ma thèse porte sur les **dispositifs de coordination d'appui pour les situations complexes** dans le Voironnais.

L'objectif est de réaliser **un état des lieux, auprès des médecins généralistes du Bassin Voironnaïstels que vous-même**, des **connaissances et perceptions** de ces dispositifs de coordination d'appui auxquels **vous êtes peut-être amené** à faire appel pour des patients complexes.

**Que vous utilisiez ou non** ces dispositifs de coordination d'appui, **votre opinion nous intéresse**. Vous êtes invité à répondre à un **questionnaire en ligne**, qui restera **anonyme**. Vous recevrez le lien menant au questionnaire **par e-mail**.

Pour obtenir une valeur statistique suffisante, il est important de recueillir un **maximum de participants** pour le recueil des données.

Souhaitez-vous participer à **mon projet de thèse en acceptant** de remplir ce questionnaire?

(Oui)

Dans ce cas, j'aurais besoin que vous me communiquiez **votre adresse e-mail professionnelle**, qui restera confidentielle et ne sera pas divulguée.

(...@...)

La durée estimée pour remplir le questionnaire est d'environ 15 minutes.

Il est **anonyme**, et vous pouvez à tout moment **stopper** votre participation.

Les résultats de la thèse vous seront communiqués si vous le souhaitez.

**En comptant vivement sur votre participation,  
Je vous remercie,**

Bonne journée/ soirée à vous.

**Annexe n°3 : accès au questionnaire en ligne**

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au questionnaire se rapportant au sujet de thèse que je mène avec l'appui de mon directeur de thèse, le Dr Gérard MICK.

Pour rappel, celui-ci a pour titre : *Dispositifs de coordination d'appui pour les situations complexes : connaissances et perception par les médecins généralistes du Voironnais.*

L'objectif est de réaliser un état des lieux, auprès des médecins généralistes du Voironnais tels que vous-même, de la connaissance, l'utilisation et la perception de ces dispositifs auxquels vous êtes peut-être amené à faire appel pour des patients en situation complexe.

**Que vous utilisiez ou non ces dispositifs, votre opinion nous intéresse.** Vous êtes invité à répondre à un questionnaire en ligne via le lien suivant :

==><https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/977934?lang=fr>

Nous vous rappelons que celui-ci est strictement anonyme et que vous pouvez à tout moment interrompre votre participation.

La durée estimée pour remplir le questionnaire est d'environ 15 minutes.

Les résultats de la thèse vous seront communiqués si vous le souhaitez.

En comptant vivement sur votre participation,  
Cordialement,

David LEBRES  
*Interne en médecine générale*  
*Faculté de Médecine, Université Grenoble-Alpes*  
Mel : [lebresd@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:lebresd@etu.univ-grenoble-alpes.fr)  
Tél : 06 72 70 14 34

Dr Gérard MICK  
*Neurologue, CH de Voiron*  
Mel : [ge.mick@wanadoo.fr](mailto:ge.mick@wanadoo.fr)  
Tél : 06 80 13 40 09

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), la déclaration de l'étude a été traitée et portée au registre du CIL de l'Université Grenoble-Alpes.*

#### **Annexe n°4 : réponses aux questions ouvertes portant sur les définitions de notions**

QUELLE SERAIT VOTRE DEFINITION DE LA NOTION DE COMPLEXITE?
--

1	Mono ou polyopathie, et ou situation familiale défaillante, et ou perte d'autonomie
2	Cumul de problèmes : médicaux, psychologique, socio-économique, isolement
3	Situation impliquant des paramètres médicaux auxquels des problématiques psycho/sociales s'ajoutent
4	Il s'agit d'un patient pour qui les soins sont difficiles pour plusieurs raisons, parfois cumulés : - Pathologie grave et chronique avec parfois soins curatifs impossibles - Refus de la prise en charge par le patient, - Incompréhension, tension, difficultés de communication avec l'entourage, la famille - Installation dans la dépendance - Addiction
5	Une situation me semble complexe dès lors qu'il y a des problèmes d'ordre médico-sociaux et psychologiques, ou lorsque plusieurs personnes avec des problématiques différentes sont impliquées en même temps ou sur un même lieu.
6	situation relevant de multiples pb : social et médical associé à une difficulté de gestion de la situation
7	Patient présentant des poly-pathologies impliquant une action à la fois médicale pluridisciplinaire et sociale, entraînant une situation de fragilité et de précarité justifiant la coordination des différents acteurs de façon rapide.
8	une situation avec d'autres paramètres de dysfonction que médico-somatique par ex : médico-somatique + psychiatrique, ou médico-somatique + social, ou médico-somatique+familial etc
9	Une situation mettant en jeu des paramètres complexes sur le plan médical, social, familial et environnemental
10	nécessité de plusieurs intervenants médicaux et paramédicaux
11	Polypathologie, problèmes psychiatriques ou cognitifs associée à une situation sociale compliquée ( refus de soins, difficultés financières, famille opposante ou divisée)
12	Situation avec difficultés intriquées d'ordre médicale, psychologique, sociale, culturelles
13	UNE SITUATION QUE JE N'ARRIVE PAS À RÉSOUDRE SEULE
14	- multiplicité des pathologies et donc des intervenants (profession paramédicales et multiples spécialistes médicaux) - isolement géographique - difficultés de communication avec la famille d'un patient ou avis divergents des membres de la famille - isolement d'un seul aidant familial - rapidité d'une dégradation physique
15	Intrication, pour une même situation, de problèmes médicaux, familiaux, sociaux, financiers, psychologiques
16	situation que l'on n'arrive pas à gérer seul du fait de la pathologie, de l'environnement socio-familial ou du patient lui-même
17	Situation où se mêlent les problèmes physiques/psychiques/sociaux
18	intrication de problèmes médicaux / sociaux / économiques pour un même patient
19	Pluridisciplinarité, contexte social, professionnel et ou familial difficiles
20	?
21	Difficultés à obtenir les examens complémentaires avis spécialisés etc... avec population en difficultés économiques ou en impossibilité de se transporter. Difficultés psychosociales au domicile: refus des soins etc... Village ne bénéficiant d'aucune HAD
22	Difficultés liées au psychosocial Difficultés à organiser la filière de soins ( avis spécialisé examen complémentaire) Difficultés liées à absence de transport sur notre territoire Population pauvre
23	Situation qui demande une intervention de spécialiste en urgence, voir même plutôt une hospitalisation pour faire une synthèse d'un problème
24	situation qui intègre difficultés sociales - isolement et complexité pathologie médicale ou déficience mentale
25	complexité d'accès aux soins ou à l'information
26	C'est une situation où le patient présente une situation médicale, et psycho sociale qui échappe à nos compétences ou dont les multiples problèmes alourdissent la prise en charge.
27	ce qui fait la complexité d'une situation c'est souvent la nécessité de plusieurs intervenants (inf, kiné spécialistes) et /ou une situation sociale difficile à gérer et /ou des familles difficiles à intégrer au soins. Il y a parfois des situations qui deviennent complexes par l'impossibilité de joindre des spécialistes.
28	il s'agit de penser d'une situation où les problèmes de santé, économique et sociaux sont intriqués et devant faire appel à plusieurs compétences
29	La complexité d'une situation est pour moi surtout la partie sociale de la prise en charge car pas toujours de connaissance précise en matière d'aide sociale proposée et adaptable à la situation personnelle du patient, l'absence d'une famille présente et pouvant aider à la prise en charge, les obstacles administratifs incontournables et incompréhensibles (ex: domicile aux limites de secteur d'HAD, horaire d'appel des services ne correspondant pas aux nécessités du terrain.... ). Cette prise en charge sociale met souvent du temps à s'organiser et ne suit donc pas une prise en charge médicale qui peut être immédiate.

30	Aspects médicaux, sociaux, psychologiques intriqués, et pb durables dans le temps
31	Une situation est complexes car plusieurs facteurs seraient défavorables - Facteurs médicaux : difficultés d'accès aux spécialistes pour des questions de délai de consultations, de dépassement pour certains patients, de transport (patients dépendant mais non éligible au transport pris en charge). Polypathologie . - Facteurs sociaux : isolement familial, social , financier (dettes)) - Conséquences sur l'entourage : épuisements des aidants du patient concerné, des soignants...
32	Situation qui nécessite d'autres intervenants que le médecin et l'infirmière libérale : assistante sociale, aménagement du domicile, mise en place de protections juridiques du patient...
33	une situation nécessitant l'action de plusieurs acteurs médico-sociaux sans lien commun. Situation se retrouvant donc très fréquemment avec des patients aux pathologies lourdes mais également aux patients peu autonomes sans liens sociaux/familiaux forts et aidants.
34	Personne atteinte de multiples pathologies qui diminueraient la personne et qui vit plus ou moins seule ...
35	Situation impliquant plusieurs problématiques pour un même patient: organique, psychologique, sociale, environnementale et/ou amenant à faire intervenir plusieurs personnes autour du patient: entourage, infirmiers, kiné, assistante sociale
36	Situation pour une décision thérapeutique dans un contexte de pathologie complexe multidisciplinaire.
37	intrication de plusieurs éléments médicaux et sociaux
38	dossier medical difficile a gérer en particulier lors des prises en charge complexes medico sociales.
39	Situation pour laquelle les moyens diagnostiques sont complexes ou pour laquelle on est limité par les comorbidités
40	Une situation nécessitant la prise en charge par plusieurs acteurs (médecins libéraux, infirmières, kiné, hôpitaux) tant au niveau médical que social (familles, assistantes sociales, aides à domicile) et nécessitant une coordination qui n'est malheureusement pas toujours possible. Par complexité, je dirai aussi mise en difficulté par manque de moyens.
41	Situation pour laquelle le médecin généraliste ne peut agir seul et rapidement
42	Polypathologie nécessitant une prise en charge pluri disciplinaire associée à une situation sociale, familiale , et/ou financière difficile
43	Situation de patient où plusieurs dimensions sont concernées : dans le domaine médical, social, financier, environnement / familial ...
44	recours a des specialistes dans le cadre du traitement de la douleur fin de vie avec soins palliatifs a domicile
45	Une situation qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels médico-sociaux
46	Problématique médicale complexe ou pas, mais toujours intriqué une situation sociale ou familiale complexe et chronophage sortant des compétences du médecin généraliste
47	Pluriprofessionnel / chronophage/inhabituelle
48	Nécessite d avoir une prise en charge pluri disciplinaire permanente pour assurer la bonne prise en charge d un patient
49	Situation qui nécessite l'intervention de plusieurs acteurs
50	Prise en charge à la fois médicale et sociale, terrain polypathologique, relai hôpital/domicile
51	la complexité d'une situation est plurifactorielle. Elle peut-être d'ordre médical, social, environnemental. Sa résolution passe par l'implication de multiples acteurs. L'isolement du médecin généraliste rend la coordination entre ses acteurs, complexe et chronophage
52	Lorsque le patient est soit polypathologique, soit isolé, soit à risque de maltraitance, soit en fin de vie, soit déficient intellectuel, soit atteint de troubles cognitifs, soit fragile du point de vue de l'équilibre d'une maladie chronique
53	Pathologie complexe , nécessitant une gestion pluridisciplinaire
54	situation d'un patient cumulant plusieurs critères parmi les suivants : - problème médical sans diagnostic identifié et/ou sans référent spécialiste ou hospitalier - problème social et/ou absence de référent familial et/ou refus des aides par le patient - troubles psychiatriques et/ou troubles cognitifs
55	pathologie grave concernant une personne isolée ou dépendante (accession aux bilans, soins...)
56	situation médico-sociale précaire nécessitant l'action de plusieurs intervenants, d'évolution incertaine, rendant difficile le maintien à domicile
57	situation medico-sociale à court-moyen terme rendant difficile le maintien à domicile, nécessitant l'intervention de un ou plusieurs acteurs dont l'action n'est pas suffisante ou assez efficace pour y répondre de façon satisfaisante
58	situation médico-sociale rendant précaire à court terme le maintien à domicile, et pour laquelle l'action des différents intervenants n'apporte pas de solution satisfaisante pour y répondre
59	Situation intriquant des problèmes bio-psycho-sociaux, que je ne peux pas résoudre toute seule

60	patient polypathologique, polymédicamenté, vivant à domicile ne pouvant se déplacer nécessitant plusieurs acteurs de santé .
61	Une situation qui associe des problèmes médicaux multiples mais également sociaux et psychologiques
62	Situation nécessitant une prise en charge par plusieurs professionnels de santé dans un contexte d'état de santé précaire ou de maintien à domicile difficile
63	Situations où la pluridisciplinarité est indispensable - Situations où la discussion avec des confrères (MG ou non) est indispensable pour rester objectif
64	Polypathologie, sujet âgé, précarité
65	patient pluridisciplinaire + pb sociaux

<b>Définition des parcours de santé</b>	
1	Parcours de santé ne veut rien dire il faudrait dire parcours de guérison
2	existence d'un fil rouge entre les différents acteurs de santé : médicaux, médicaux-sociaux, facilitant les réponses aux questionnements du patient et la concertation interdisciplinaire
3	Cheminement au décours des différents intervenants en santé
4	C'est l'articulation entre les soins du patient avec la prévention en santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement du patient, de sa pathologie. Cela fait appel à l'interaction entre soins primaire et secondaire (et tertiaire voire quaternaire), soignants para-médicaux et médicaux.
5	Le parcours de santé implique la présence d'un coordinateur des soins qui se charge de faire le lien entre les différents intervenant pour optimiser la prise en charge et la santé du patient.
6	orientation du patient pour accéder au soins médicaux
7	Passage par le médecin traitant ( généraliste ) qui coordonne les différents acteurs ( spécialistes , paramédicaux .. ) , collige toutes les données médicales , sociales et environnementales du patient afin d'obtenir une réponse cohérente à la situation .
8	ce sont les ressources qu'il faut mobiliser pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge de l'ensemble de ces problématiques qui concernent sa santé
9	Le parcours de santé est le chemin que doit faire le patient pour arriver à être pris en charge de façon optimale pour sa santé. Il met en jeu les différents acteurs : médicaux, paramédicaux, sociaux, financiers....
10	Soins et prise en charge sociale coordonnés
11	Circuit de prise en charge entre les différents intervenants médicaux paramédicaux et travailleurs sociaux éventuels
12	avec le patient choisir les partenaires les mieux adaptés pour résoudre ses problèmes de santé
13	Ensemble des moyens du système de santé incluant les différents acteurs médicaux et paramédicaux mis en oeuvre pour améliorer l'état de santé
14	coordination avec création sur le terrain d'un fil rouge entre les différents acteurs médicaux et para-médicaux nécessaires pour ce type de situation
15	coordination entre différents acteurs de soins pour une prise en charge plus efficace d'une situation donnée
16	Parcours du patient au sein des différents acteurs de soins
17	médecin traitant = pivot du système de soins, qui envoie aux différents spécialistes et coordonne la prise en charge globale du patient
18	pouvoir requérir l'avis et l'aide pluridisciplinaire
19	fumisterie ?
20	Quand une solution est identifiée obtenir aide à la mise en place
21	Ne plus porter seule l'organisation des soins
22	L'évaluation par plusieurs acteurs et leur prise en charge chez un patient lourd et dépendant, ou multipathologique
23	intervention de plusieurs acteurs centrés sur le patient et coordonnés par le médecin traitant
24	parcours médical d'un patient axé et centré sur le généraliste qui recueille les données
25	Je ne sais pas: les différents chemins et moyens d'accéder au soin d'un patient ?
26	enchaînement de plusieurs professionnels de la santé pour évaluer les problèmes d'un patient
27	Le médecin traitant devrait rester un acteur "actif" et non pas passif lorsqu'il décrit une situation complexe médico-sociale et qu'il sollicite une prise en charge par un service médico-social compétent. Ce parcours de santé devrait être aussi rapide que pour une pathologie aiguë ou grave (ex: découverte d'un cancer du sein, délais de 10-15 jours pour résultats anatomopathologiques et décision thérapeutique, traitement curatif dans le mois)
28	Partage des tâches bien établi en amont de la gestion de situation, ou après concertation de plusieurs acteurs sur une situation aiguë.

29	Parcours de soins coordonné par l'équipe de soins primaires référente du patient ou par son médecin traitant, accompagnant le patient dans les démarches qui ont pour objectif une amélioration de son état de santé.
30	Médecin traitant au centre des décisions et prises en charge du patient
31	un parcours permettant une prise en charge efficiente du patient évitant les redondances médicales et sociales sources de perte de temps et d'argent.
32	Aide et décisions en commun entre plusieurs médecins sur le devenir du patient
33	organisation des prises en charge médicales d'un patient
34	medecin traitant puis consultation medecin spécialiste
35	logique de soins impliquant en premier lieu le médecin traitant, qui est en relation avec l'ensemble des acteurs (spécialistes, services sociaux, organismes...)
36	parcours incluant des acteurs médicaux médecins infirmiers kiné sage femme , les acteurs sociaux , les acteurs de la sante mentale Cmp psychiatre psycho et les acteurs hospitaliers medico sociaux .
37	Suivi et échange entre médecins pour un même patient
38	Le parcours de santé représente le parcours que suit un patient pour sortir d'une situation complexe. Toutes les étapes qui guident sa prise en charge. Parfois il est simple, évident, direct, parfois il est compliqué, ralenti (par différents facteurs, la famille, les institutions, le patient lui même) et il nécessite de nombreux acteurs.
39	Parcours d'un patient dont l'état de santé nécessite différents intervenants
40	Chemin de soins avec evaluation initiale des différents besoin médico sociaux, permettant au patient un parcours précis et adapté pour une prise en charge globale
41	Trajet effectué par un.e patient.e entre les différent.e.s intervenant.e.s en lien avec sa prise en charge médicale ou médico sociale, dans l'absolu sous la coordination de son médecin traitant
42	integration dans le suivi du patient de tous les acteurs de soins ( MG SPE IDE KINE PSY etc..
43	C'est l'articulation des soins entre les professionnels médicaux, para-médicaux et sociaux, pour une prise en charge global du patient
44	Cheminement du patient pour une pathologie donné , au sein du système de santé : MG, spécialiste, hopital
45	Inter relation pluri professionnelle nécessaire au soin
46	Avoir un réseau de professionnels dédié pour la pec des patients en situation complexe
47	Professionnels rencontrés pour aider à la prise en charge d'un problème médical
48	Suivi du patient selon étapes prédéfinies, selon acteurs médicaux et paramédicaux
49	parcours de santé: lien entre les différents acteurs efficaces
50	Une orientation via une plateforme ou un numéro de téléphone accessible 7j/7, pour pouvoir accéder à des acteurs sociaux, des spécialistes, des aides d'urgence à domicile, des IDE ou kinés de garde pour faire face à ces demandes complexes...
51	mise en jeu des différents acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, intervenant par étapes dans la progression de la maladie et/ou de la dépendance
52	mise en place d'un réseau d'intervenants avec une coordination et des protocoles d'action, visant à répondre à une situation médico-sociale donnée dans le cadre d'un maintien à domicile (douleur chronique, soins palliatifs, troubles cognitifs...)
53	Cheminement du patient auprès des différents acteurs médicaux et paramédicaux
54	mise en place de tous les acteurs de santé pour une situation medicale complexe
55	je ne connais pas bien la définition finalement. Probablement plusieurs acteurs qui travaillent ensemble autour d'une situation difficile avec de la communication entre eux.
56	Coordination entre les différents professionnels de santé permettant une prise en charge rapide et adaptée du patient
57	Les intervenants médicaux et paramédicaux, et même sociaux se coordonnent dans la prise en charge globale du patient complexe, dans une situation complexe. Via les réseaux de santé (pôle de santé, maison de santé...)
58	Coordination entre différents intervenants pour une bonne santé medico sociale
59	patient suivi adressé par confrere



<b>Définition dispositif d'appui à la coordination</b>	
1	Coordonner les différents intervenants sociaux et médicaux
2	Ensemble des aides pouvant faciliter le parcours de santé
3	Il s'agirait d'une aide à la mise en place de structure d'interaction entre les différents acteurs du parcours de santé.
4	Il s'agirait d'une aide pour l'organisation d'une prise en charge complexe.
5	aide pour faciliter l'accès au soin
6	Appui = aide pour réaliser ces actions c-à-d du personnel formé pour soulager le MG des tâches chronophages et lui permettre de dégager du temps médical ( exit le secrétariat , les coups de téléphone chronophage etc )
7	ce sont des ressources mises a la disposition des acteurs de terrains pour avancer dans la prise en charge multidisciplinaire nécessitée par une situation complexe
8	L'appui à la coordination des parcours de santé serait la médiation vis-à-vis de tous les intervenants et le lien entre eux mais également des démarches effectives dans la réalisation de dossiers ou autre...
9	Faciliter les relations entre les différents acteurs du parcours de soins
10	Aide logistique organisationnelle et soutien aux équipes en soins des patients en situation de complexité
11	une structure permettant de trouver les aides sociales et médicales les plus appropriées pour le patient, compte tenu de sa problématique et des aides déjà mises en place
12	Structure permettant la recherche et la mise en oeuvre des moyens existants pour améliorer ou stabiliser l'état de santé des patients sur un territoire
13	mettre en place des moyens avant tout humains pour rendre concrétiser la coordination
14	??
15	Soutien logistique/ technique du médecin à l'origine de cette coordination
16	soutien logistique ( organisation des reunions, gestion des differents intervenants )
17	une structure qui regrouperait tout cela pour avis et efficience
18	usine a gaz
19	Mettre en place les solutions
20	Idem
21	trouver ensemble des solutions concrètes à la prise en charge du patient
22	aide au maintien à domicile
23	Je ne comprends pas la question...
24	un outil pondu par un gouvernement pour palier à court terme à un manque d'établissements ou de professionnels de santé et pouvoir passer entre les gouttes
25	Mise en lien des différents acteurs, référent dédié pour les notions administratives ou de démarche sociale, connaissance des différentes structures d'aide (associatives, d'aide à dom, ...)
26	Structure d'aide au médecin traitant dans les situation dites complexes
27	cet appui permettrait d'articuler l'action des différents acteurs entre eux
28	Ne pas être seul dans le parcours décisionnel ..
29	Aide à l'organisation, planification et intrication des prises en charges médicales et sociales en vue d'une meilleure efficience et d'un moindre épuisement de l'entourage et des professionnels engagés dans la prise en charge.
30	intervention extérieure par un organisme pluriprofessionnel permettant l'efficience du parcours
31	serait pour moi des liens rapides et peu chronophages en reunions permettant un appui fiable 7/7 jours .
32	Échange entre les diverses spécialités médicales et paramédicales pour un patient
33	Une aide pour coordonner les différents interlocuteurs autour d'un patient (AS, familles, médecins, ide).
34	Aide matérielle ou humaine facilitant la réalisation de la prise en charge
35	Le terme "appui" m'évoque des notions différentes -> Aide financière pour adapter les structures de coordination pour l'accompagnement du patient -> notion d'aide du médecin généraliste pour une prise en charge adaptée et complète du patient -> notion d'intégration du médecin généraliste dans un parcours de santé plus large que l'activité du généraliste
36	Aide délivrée au.x professionnel.le.s de santé et aux patient.e.s (et/ou leurs proches) concernant leur prise en charge médicale, médico sociale, sociale dans le cadre de situation complexe (ou sur le point de le devenir, pour des patient.e.s ou situations particulier.e.s). Cette aide peut se décliner sur plusieurs plans tant que le versant conseil, information, que la transmission de données, ou du lien entre les intervenant.e.s
37	meilleur appui si le temps utilisé est clairement rémunéré et si la possibilité de joindre les acteurs



	impliqués est réelle et rapide en situation
38	une aide pour articuler le parcours de santé dans le cadre de situation complexe, trouver les intervenants conseiller les intervenants...
39	L'appui à la coordination des parcours de santé permettrait de décharger les MG et donc de de recentrer sur ses compétences .
40	Aide humaine théorique et technique permettant la mise en œuvre d'une solution
41	Un numéro qui relie tous les professionnels pouvant prendre en charges les patients en situation complexe
42	Plateforme qui permet de mettre en lien les différents acteurs de santé
43	Aide par organisme indépendant pour gérer les différents acteurs du suivi du patient
44	rôle dévolu à un acteur du parcours de santé qui coordonne l'action entre les différents intervenants, rôle de conseil également
45	Moins de charge administrative et moins d'attente pour orienter les malades, un secrétariat à distance qui coordonne tous les acteurs
46	une interface entre professionnels de santé
47	- écoute des demandes du patient et repérage des discordances entre les désirs et les besoins réels de soins du patient - mise en relation des différents acteurs médicaux, para-médicaux et sociaux, si possible de façon préventive à la situation complexe
48	plate-forme proposant des organigrammes, des intervenants et des protocoles adaptés aux parcours de santé et pouvant apporter une aide à la demande avec permanence téléphonique...
49	Aide pour le maintien à domicile, la mise en place d'aides à domicile, l'hébergement temporaire ou définitif
50	intervention d'une structure mettant en relation tous les acteurs de santé médicaux paramédicaux et sociaux
51	Une structure unique que l'on pourrait contacter facilement et qui nous permettrait d'avoir un accès simplifié aux différents acteurs nécessaires pour une situation donnée
52	Structure permettant de venir en aide aux différents intervenants pour coordonner les interventions étayer les aides et permettre également la prise en charge sociale
53	Que les informations et les actions de chaque professionnel soient centralisées (centralisation par le MG)

**Annexe N°5 : réponses ouvertes à la question: « Pourriez-vous très brièvement décrire, le cas échéant, une situation vécue pour laquelle un appui par un dispositif dédié a eu lieu (sur votre initiative ou non) : type de situation (pathologie, âge, problème majeur en cause), réactivité du dispositif (oui, non), résolution par le dispositif (oui, non) ? »**

<p>Patients Alzheimer, 70 ans, en perte d'autonomie récente suite à une hospitalisation. Mise en place rapide du dispositif pour aider au retour à domicile. Situation résolue</p>
<p>Une patiente de 45 ans, personnalité pathologique, isolement sociale et affectif, en arrêt de travail, se trouve en difficulté financière qui l'obligerait à quitter sa maison mais son l'état psychique l'empêche de prendre une telle décision. Elle a 2 enfants à charge et des idées suicidaires. La personne a été rencontrée, elle a vu que des personnes pouvaient s'intéresser à elle et même si elle n'a pas adhéré aux solutions proposées elle a repris confiance. J'ai été soutenue dans la prise en charge de cette patiente tant sur le plan médicale que social et psychiatrique. Grace aux conseils, j'ai pu progressivement accompagner la patiente dans la vente de sa maison et dans son retour au travail.</p>
<p>femme de 68 ans démente et découvert d'un cancer de sein associé à un refus de soin , dispositif réactif mais la plateforme du voironnais est allé voir la patiente à son domicile sans m'en avertir et m'a envoyé vers le maia sans me donner les bons coordonnées , donc je ne l'ai rappellerai plus . Par contre j'ai déjà travaillé à 2 reprises avec le maia avec de bons résultats</p>
<p>Patient 75 ans polyopathologique ( DNID, HTA sévère, Prothèse de hanche avec difficulté à la mobilité), ayant installé des troubles cognitifs dont une anosognosie après un AVC passé inaperçu, et ayant installé des gros pb de gestion de son quotidien</p>
<p>Patient en fin de vie (insuffisance rénale avec dialyse, myélome, douleur non gérée), âgé, vivant avec sa sœur, âgée également, obèse et impotente. Cette dernière incapable de préparer les repas, de gérer la maison et de s'occuper de lui. Et refusant les aides proposées par le médecin traitant. Dispositif réactif. Actions proposées : refaire les dossiers APA; aide-ménagère, portage des repas...</p>
<p>patiente grabataire mari paranoïaque épuisé et épuisant toutes les équipes en place refuse ehpad MAIA pour personne démente à domicile. suivie depuis pls mois sans résultat particulier Aide effective au moment où l'institutionnalisation était urgente</p>
<p>patiente souffrant de maladie d'Alzheimer avec un retentissement sur la vie du couple et mari présentant des propos suicidaires difficultés d'intervention des professionnels de santé locaux, l'intervention du réseau MAIA permet de reposer les problèmes avec un oeil extérieur et de proposer des solutions (mais qui sont toutes mises en échec par le couple !) donc le dispositif est réactif mais le problème non résolu...</p>
<p>patient très âgé dément et aphasique, épuisement de l'épouse et du fils à domicile, aide du réseau à mettre en place la toilette à domicile, mise en place APA</p>
<p>Patient de 60 ans isolement social, polyopathologique, refus de soins , refus d'hospitalisation, aloccolisation réactivité = oui ( la veille d'un grand pont) résolution par le dispositif = oui</p>
<p>patiente SEP évoluée , la soixantaine d'années, compagnon PMD , logement insalubre , SSIAD et auxiliaires de vie travaillant au domicile en souffrance , mise sous curatelle compliquée, suspicion maltraitance</p>
<p>À domicile grand mère poly pathologique mère hémiplégique dysphasique fils aidant familial depression chronique / d origine roumaine rejet des services sociaux mais grande exigence voire mal traitance des soignants/ besoin d intervention à domicile pour recarder les droits et les devoirs de chacun / décalage entre préconisations théoriques en sortant d hospital et réalité sur le terrain/ aide psychologique au médecin débordé par la complexité relationnelle</p>
<p>Grand mère poly pathologique entrée en démence / mère hémiplégique avec aphasia/ fils aidant familial et depression/ d origine roumaine:difficultés à faire intervenir les services sociaux/ mais exigence voire mal traitance envers les soignants/</p>
<p>Patient de 90 ans, en attente d'une place en EHPAD, avec un épuisement de sa femme , aidante. J'avais déjà demandé 3 hospit à Rives pour soulager sa femme de 87 ans</p>
<p>patiente , isolement social - émolisme - polyopathologie - cirrhose - AVC - intervention ASV - soutien de l'équipe des infirmiers sur le terrain</p>
<p>Patient de 68 ans, aux multiples pathologies cardiaques orthopédique et diabétique, dépressif, hémiplégique et sur les ans totalement aller, dans une situation sociale précaire avec isolement Des problèmes financiers importants qui ne lui permettaient pas de faire face aux multiples frais dans son</p>

logement. La PSV a tout pris en charge et les choses évoluent enfin après des années de galère. Merci à elle
patiente âgée mais entourée par un membre de sa famille, vivant seule à domicile, dans un habitat précaire, dépression chronique majorée par décès du mari: PSV et réseau de gériatrie mis en place portage des repas mis en place
Conflit conjugal chez un couple âgé (entre 80 et 90 ans) avec dépendance de lui. Recherche d'une solution de vie séparée. Famille d'accueil pour lui, foyer logement pour elle. Réactivité importante permettant de résoudre "la crise"
Oui une personne âgée avec des pathologies diverses obèse et ne pouvant plus se déplacer .. L'équipe infirmière ne pouvant plus s'en occuper, il a fallu la placer rapidement et cela s'est fait assez rapidement grâce à la plateforme
patiente de 88 ans, vivant seule à domicile, pas de famille, ayant fait un AVC avec séquelles. problèmes financiers et de non alimentation. prise en charge par la PSV, réactive, avec solution pour portage des repas, et déblocage de la situation avec assistante sociale.
femme de 92 ans totalement isolée et seule abandonnée de sa famille - gestion à domicile devenant impossible et refusant le plus souvent les aides proposées
Personne démente Réactivité du dispositif. Je ne sais plus si ça a résolu ou pas.
difficultés relationnelles intra familiales (fratrie en désaccord) autour d'une patiente âgée de 84 ans polypathologique (insuffisance respi, diabète, insuff renale, polyarthralgies...), nécessitant des soins infirmiers quotidiens et une intervention régulière de médecin généraliste; les hospitalisations pour pb aigu étaient source de conflit, particulièrement avec un des enfants, conflits réguliers avec tous les intervenants médicaux ou para médicaux -> médiation mise en place / résolution partielle état donné le problème humain avec défiance d'un des enfants, mais adaptée et permettant de poser un cadre pour chaque intervenant
Cas d'un patient atteint de maladie neuro dégénérative dont l'épouse est aidante principale; a toujours refusé les aides jusqu'à présent. Vieillesse de ce patient et de son épouse, soins de plus en plus lourds. Le patient avait le permis de conduire, mais pas son épouse. Difficultés +++ pour le suivi médical, demandes multiples sur des consultations "fleuves" les rares fois où ces consultations pouvaient avoir lieu. Chute de l'épouse, ne prend pas soin d'elle par peur de laisser son mari seul. Etc. Proposition de lien avec MAIA, accord du patient et de son épouse, prise de contact fin janvier 2018, réponse en quelques jours pour étoffer le dossier (FAMO), mise en place très progressive du contact, pour arriver à des premiers résultats / un accompagnement personnalisé et adapté du patient (et de son épouse) là fin avril 2018. Résultats non encore évaluables pour cette situation.
Poly handicap retour à domicile avec mis en place prise en charge très complexe Retour à do effectif impossible sans appuis
Problème de maintien à domicile d'une patiente âgée aux multiples problèmes de santé, dans un contexte de difficultés conjugales. Très bonne réactivité d'Odile Cezard, qui a trouvé une solution rapide.
gestion d'un couple âgé avec mari non autonome et épouse devant se faire opérer d'une tumeur => prise en charge sur le temps de l'hospitalisation de madame. Réactivité : oui, résolution : oui
patient vivant seul à domicile, avec une démence légère limitant son autonomie. Deux filles vivant loin. Alcoolisme chronique. Deni de la situation entraînant une opposition aux soins/aide mise en place (IDE, portage des repas, aide à la personne...) Aide via le dispositif MAIA et un gestionnaire de cas pour accompagner le patient dans l'acceptation de ses soins pour le moment efficace même si le refus de soin semble revenir après quelques mois
patient 20 ans, pathologie psychiatrique non étiquetée, isolement social >> contact PSV >> pb non résolu
patient âgé polypathologique (troubles démentiels, cardiopathie ischémique chronique avec IC) avec prise en charge par plateforme décidée lors d'une hospitalisation, avec prise en charge lors du retour à domicile et sortie du dispositif quelques mois plus tard par décision de la plateforme pour situation stabilisée
Patiente âgée en Foyer Logement, polypathologique, avec des troubles cognitifs, fâchée avec ses enfants donc isolée. Besoin d'aide et d'appui dans la réalisation des dossiers d'EHPAD. Dispositif contacté : très réactif. Réponse : faire ré-évaluer son APA, essayer de contacter ses enfants. Malheureusement, réponse peu adaptée et situation non résolue par le dispositif. Patient décédé depuis, sans entrée en EHPAD. Autre situation : patiente à son domicile avec son mari, très dépendante +++, plan d'aide devenu insuffisant. Dispositif contacté : très réactif. Réponse : m'ont donné les coordonnées à transmettre au mari afin de faire ré-évaluer rapidement le plan d'aide et conseils afin de renforcer au mieux la situation

en attendant que tout se mette en place. Donc résolution de la situation par le dispositif.
<p>Patiente Alzheimer, maintien à domicile impossible. Agitation. Refus de soins.  2 visites d'une durée de 1h 1h30 donc très chronophage.  Avis gériatrique pour PEC hospitalière  puis entrée en EHPAD direct après l'hôpital via l'équipe d'assistantes sociales</p>
pathologie associant psychiatrie, handicap, et pathologie organique
<p>grand age , patiente grabataire , prise en charge chez sa fille qui s'occupait d'elle , tres proche ,  patiente ayant surmonté de nombreux "coups durs" de manière imprevisible , Ete 2017 : canicule ,  deshydratation AVC , perte de la vision , "reponses automatiques " , famille y croit encore  elle avait toujours ete hospitalisée a chaque degradation de l'etat general , j'ai fait appel a l'equipe de  soins palliatifs : reponse immediate , visite dans les 48H , réunion avec la famille , explications et  attentes resolues sur un plan purement medical et écoute attentive des proches</p>

## CONCLUSIONS SIGNEES

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont une aide à laquelle peuvent faire appel les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des patients en situation complexe. Il existe encore peu d'études analysant l'usage de ces dispositifs pour la coordination des parcours de santé en ambulatoire. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la connaissance, l'utilisation, et la perception des DAC de leur territoire par les médecins généralistes.

L'enquête a concerné tous les médecins généralistes du territoire voironnais installés en libéral, en leur proposant de répondre à un questionnaire en ligne comportant 6 sections : caractéristiques des médecins interrogés, perception de la complexité d'une situation, connaissances des différents DAC présents dans le territoire, usage de ces DAC, critiques et attentes des médecins généralistes vis-à-vis de ces DAC. Le critère de jugement principal était la fréquence d'utilisation des DAC pour l'appui aux parcours complexes par les médecins généralistes au cours de leur pratique professionnelle.

Au total, 79 médecins généralistes (51.3% des interrogés) ont répondu au questionnaire. Ils étaient 72,9% à affirmer solliciter les DAC de leur propre initiative dans leur pratique quotidienne. Plus de la moitié d'entre eux (58,9 %) déclaraient cependant les solliciter de façon trop inconstante au regard des besoins. En accord avec la littérature, l'enquête a également mis en évidence un manque de connaissance des DAC en territoire, participant à leur sous-utilisation. En dépit des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les médecins généralistes, l'enquête confirme également leur volonté de conserver leur rôle de pivot du parcours de santé de leurs patients. Enfin, nombre d'entre eux estiment qu'il existe des chevauchements entre les diverses missions déployées par les DAC présents dans leur territoire.

Notre étude illustre l'un des enjeux de la réorganisation actuelle du système de santé : l'appui aux parcours de santé, abordé au travers de la loi du 26 janvier 2016 avec la mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), puis dans la future loi relative à la transformation du système de santé, avec la convergence des dispositifs d'appui. La fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé (FACS), fondée en avril 2018, a publié une posture collective à propos du processus de convergence des DAC, rappelant notamment la nécessité d'articulation des missions et services des différents dispositifs en territoires au bénéfice des usagers et des acteurs de soins primaires, ainsi que le caractère fédérateur d'une gouvernance partagée des dispositifs adossée à celle des futures communautés professionnelles de territoires en santé (CPTS).

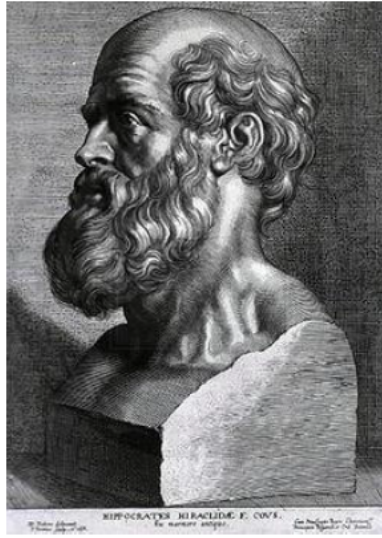
### VU ET PERMIS D'IMPRIMER

**Le DOYEN de l'UFR de MÉDECINE**

**Pr. Patrice MORAND**

**Le PRÉSIDENT du JURY**

**Pr. Pascal COUTURIER**



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

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

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

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

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

## DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION POUR LES PATIENTS EN SITUATION COMPLEXE: EVALUATION DE LA CONNAISSANCE, UTILISATION ET PERCEPTION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU VOIRONNAIS

**Contexte:** Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont des structures dont la mission principale est d'assurer un soutien des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient en situation complexe, en apportant une aide à l'articulation et à la coopération entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

**Objectif principal:** Evaluer la connaissance, l'utilisation et la perception par les médecins généralistes (MG) des DAC présents dans leur territoire.

**Matériel et méthodes:** Il s'agit d'une étude essentiellement quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme de 44 questions la plupart fermées (résultats analysés en pourcentage, analyses croisées avec intervalle de confiance à 95%), parfois rédactionnelles (analyse par récurrence des verbatim concernant des définitions). La population cible est celle des médecins de premier recours ayant une activité de médecine générale (MG) et installés dans le territoire du Voironnais (Isère), tel qu'il est défini pour le déploiement des DAC. Le recrutement a été effectué par appels téléphoniques et envois de courriels contenant un lien d'accès au questionnaire.

**Résultats:** 79 MG (51.3% des interrogés) ont répondu au questionnaire. Parmi eux, ils étaient 72,9% à affirmer solliciter les DAC de leur propre initiative dans leur pratique quotidienne. Plus de la moitié d'entre eux (58,9%) déclaraient les solliciter de façon trop inconstante au regard de leurs besoins. Il a été mis en évidence un manque de connaissance des services des DAC, participant à leur sous-utilisation. En dépit des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les MG, l'enquête confirme leur volonté de conserver leur rôle de pivot du parcours de santé de leurs patients. La plupart estime qu'il existe des chevauchements entre les services déployés par les divers DAC de leur territoire.

**Conclusion:** En accord avec la littérature, notre étude illustre l'un des enjeux de la réorganisation actuelle du système de santé, l'appui aux parcours de santé, abordé dans la future loi relative à la transformation du système de santé. La fédération des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé rappelle la nécessité d'une meilleure lisibilité et articulation des services des différents DAC en territoires, au bénéfice des usagers et acteurs de soins primaires, ainsi que le caractère fédérateur d'une gouvernance partagée des DAC adossée à celle des futures communautés professionnelles de territoires en santé.

**Mots-clés:** parcours de santé, médecins généralistes, situation complexe, appui à la coordination, dispositifs d'appui

**Auteurs:** LEBRES David, MICK Gérard

**Filière:** Médecine Générale

### Health organizations dedicated to coordination support for patients in a complex situation: evaluation of knowledge, use and perception by general practitioners in the territory of Voiron

**Background:** Health organizations dedicated to coordination support (DAC) provide help for health professionals involved in the care of patients in a complex situation by promoting cooperation between medical, medico-social and social actors.

**Main goal:** To assess the knowledge, use and perception by general practitioners of organizations dedicated to coordination support for patients in a complex situation.

**Methods:** This was mainly a quantitative study carried out using an anonymous online survey including 44 questions, most often closed (results analyzed in percentage, cross-analyzed with 95% confidence interval), sometimes qualitative (recurrences of the verbatim analysis and definition of the following concepts: complex situation, health pathway, support for coordination). The target population was primary care physicians (GP) settled in the Voironnais territory (Isère), as defined by organizations dedicated to coordination support present there. Recruitment was carried out by phone calls and e-mails containing a link for the survey.

**Results:** 79 (51.3%) of GP answered to the questionnaire. 72,9% of them requested the DAC during their daily practice, and 58,9% declared not requesting them in some cases, despite a clear need of help. Poor knowledge of the DAC was also considered for explaining underuse. Beside, the study confirmed the wish of GP to keep their central role in the health pathway of their patients. A majority reported the feeling of an overlap between services provided by the different types of DAC present in their territory.

**Conclusion:** In accordance with the literature, our study illustrates one of the main topics concerning the ongoing reorganization of the health system questioned with the future law: the support for coordination of health pathways. The national federation of organizations dedicated to coordination support recently stated the need for better understanding and articulation of services provided by the various organizations in territories. This should benefit to the population and primary care professionals, and be considered as promoting a common governance with the professional territorial communities promoted by the future law.

**Key words:** health pathway, general practitioners, complex situation, coordination support, health organizations

**Authors:** LEBRES David, MICK Gérard.

**Promotion:** General Practice.