



HAL
open science

Perception de la complexité des prises en charge auprès des médecins généralistes et des réseaux de santé par la technique du groupe nominal : création d'un outil pédagogique

Romain Eby

► To cite this version:

Romain Eby. Perception de la complexité des prises en charge auprès des médecins généralistes et des réseaux de santé par la technique du groupe nominal : création d'un outil pédagogique. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297390

HAL Id: hal-03297390

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297390>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale le 9 juillet 2018

Par

EBY Romain

Né le 21 août 1989 à Saint-Dié-des-Vosges

TITRE :

**PERCEPTION DE LA COMPLEXITÉ DES PRISES EN
CHARGE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES
RÉSEAUX DE SANTÉ PAR LA TECHNIQUE DU GROUPE
NOMINAL. CRÉATION D'UN OUTIL PÉDAGOGIQUE.**

Dirigée par : Docteur E. ABRAHAM

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur P. DI PATRIZIO

Juges

Mme le Professeur C. PERRET-GUILLAUME

Mme le Professeur L. JOLY

Mme le Docteur E. ABRAHAM



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
 Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
 Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
 Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
 Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
 Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
 Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL
 - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
 Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
 Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
 Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
 Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
 Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur P. DI PATRIZIO

**Professeur de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale**

Coordinateur local et régional Grand Est du DES de Médecine Générale

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de suivre et soutenir ce travail.

Nous vous prions de voir dans ce modeste travail toute l'expression de notre profond respect et de notre immense gratitude.

À NOTRE JUGE

Madame le Professeur C. PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne

Service de Gériatrie

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Nous vous prions de croire en l'expression de nos profonds remerciements.

À NOTRE JUGE

Madame le Professeur L. JOLY

Professeur de Gériatrie

Vous avez si gentiment accepté de participer au jury.

Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements et recevez ici toute notre reconnaissance.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur E. ABRAHAM

Médecin gériatre

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présente. Cette thèse est aussi la vôtre.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

À mon Gianni :

Tu vois que ces études se terminent bien un jour... En tout cas, depuis 8 ans, tu m'as supporté et accompagné durant toutes ces épreuves mais je crois que ça en valait la peine. Tu as toujours été là et as toujours respecté mes choix. Une belle aventure s'offre à nous maintenant et j'imagine que le plus beau reste à venir. Je t'aime.

À ma mère :

Du premier jour de ces études à aujourd'hui tu m'as perpétuellement encouragé et félicité à chaque étape. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de mener ce beau projet à terme. Aujourd'hui toi aussi tu as droit à une nouvelle vie, profite-en bien mais surtout prend soin de toi. Je t'aime.

À ma soeur :

Ma petite Clara, je crois que j'ai bien pris conscience que tu n'as plus 8 ans maintenant ;) Sois bien assurée que tu auras toujours mon soutien pour tes choix et décisions à venir, tu es une jeune fille très intelligente. Je te souhaite plein de courage pour la suite. Je t'embrasse fort.

À ma petite Hélène :

On a grandi presque 1/3 de notre vie ensemble, et je pense qu'on s'est bien épaulé pendant toutes ces années. Je ne te dirai jamais assez merci d'avoir été là pour moi et sache que toutes ces années n'ont été que du bonheur. Je te souhaite le meilleur pour ta carrière et malgré la distance je serai toujours là pour toi. Je t'embrasse.

À Rémi :

Je suis vraiment heureux que tu sois avec Hélène, je te l'ai confiée il y a 3 ans et je crois que tu t'en sors pas mal ;) En tous cas, j'ai également rencontré un ami avec qui j'ai des passions communes (pas toujours glorieuses) et je te souhaite à toi aussi toute la réussite que tu mérites.

À mes beaux parents :

Merci à vous de m'avoir toujours accueilli avec le sourire et de m'avoir permis de changer d'air pendant toutes ces années d'études. Je vous embrasse.

À tous les participants aux réunions des groupes nominaux (Dr Hélène Tisserant, Cyrielle Mercier, Florent Him, Adelyne Guillery, Paul-Arthur Mersch, Edouard Penaud, Dr Matthieu Vannesson, Dr Eliane Abraham, Dr Françoise Orsini, Sophie Bisson, Manuela Dante, Camille Didelot, Mélanie Eloy, Joséphine Lo Re, Sara Madani et Fabrice Pierrat)

Merci pour votre investissement et votre enthousiasme, ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans vous. Je vous en suis reconnaissant.

À tous les membres du réseau Gérard Cuny :

Docteur Marie-Yvonne GEORGE, Présidente du conseil d'administration

Docteur Éliane ABRAHAM, Médecin chef de service

Docteur Françoise ORSINI, Médecin adjoint

Julie LAURENT, Chargée de projet

Manuela DANTE, Infirmière coordinatrice

Joséphine LO RE, Coordinatrice administrative

Sandrine ROUF, Secrétaire

Merci de m'avoir accueilli si gentiment et de m'avoir fait découvrir tant de choses qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

À mes maîtres de stage :

Merci pour votre pédagogie et votre confiance. Vous m'avez permis d'acquérir toute l'autonomie nécessaire à l'exercice de ce beau métier de médecin généraliste.

À toutes les équipes paramédicales avec lesquelles j'ai travaillé :

Merci de m'avoir aidé au début de l'internat et j'espère avoir travaillé en toute intelligence avec vous au cours de ces 3 années.

À Fanny et Joris :

Vous êtes mes deux amis d'enfance, la distance et nos vies respectives nous éloignent mais sachez que vous serez à jamais dans mon cœur.

À mes grands-pères :

Je ne doute pas que vous êtes fiers de moi là où vous êtes, vous me manquez.

À tous les autres (Tati, Paul, Emilie, Mamé, Mami, Cyrielle, Emilien, Mathilde, Charly, P-A, Julien, Aurélie, Audrey, Clément, Francis, Mathieu, Alex, Elise, Pascale, Claude, Elodie, David, Lucie, Mathew, Julie x3 , Florent, Lucas, Hélène, Sophie, Alexis, Linda, Claire, Maxime, Ayham, Lola, Romain ... et tous ceux qui ont partagé un moment de vie avec moi au cours de ces années) :

Merci à vous tous d'avoir été présent, je vous souhaite le meilleur et je vous embrasse.

SERMENT

« AU MOMENT D'ÊTRE ADMIS À EXERCER LA MÉDECINE, JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE FIDÈLE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITÉ. MON PREMIER SOUCI SERA DE RÉTABLIR, DE PRÉSERVER OU DE PROMOUVOIR LA SANTÉ DANS TOUS SES ÉLÉMENTS, PHYSIQUES ET MENTAUX, INDIVIDUELS ET SOCIAUX. JE RESPECTERAI TOUTES LES PERSONNES, LEUR AUTONOMIE ET LEUR VOLONTÉ, SANS AUCUNE DISCRIMINATION SELON LEUR ÉTAT OU LEURS CONVICTIONS. J'INTERVIENDRAI POUR LES PROTÉGER SI ELLES SONT AFFAIBLIES, VULNÉRABLES OU MENACÉES DANS LEUR INTÉGRITÉ OU LEUR DIGNITÉ. MÊME SOUS LA CONTRAINTE, JE NE FERAI PAS USAGE DE MES CONNAISSANCES CONTRE LES LOIS DE L'HUMANITÉ. J'INFORMERAI LES PATIENTS DES DÉCISIONS ENVISAGÉES, DE LEURS RAISONS ET DE LEURS CONSÉQUENCES. JE NE TROMPERAI JAMAIS LEUR CONFIANCE ET N'EXPLOITERAI PAS LE POUVOIR HÉRITÉ DES CIRCONSTANCES POUR FORCER LES CONSCIENCES. JE DONNERAI MES SOINS À L'INDIGENT ET À QUICONQUE ME LES DEMANDERA. JE NE ME LAISSERAI PAS INFLUENCER PAR LA SOIF DU GAIN OU LA RECHERCHE DE LA GLOIRE.

ADMIS DANS L'INTIMITÉ DES PERSONNES, JE TAIRAI LES SECRETS QUI ME SONT CONFIÉS. REÇU À L'INTÉRIEUR DES MAISONS, JE RESPECTERAI LES SECRETS DES FOYERS ET MA CONDUITE NE SERVIRA PAS À CORROMPRE LES MŒURS. JE FERAI TOUT POUR SOULAGER LES SOUFFRANCES. JE NE PROLONGERAI PAS ABUSIVEMENT LES AGONIES. JE NE PROVOQUERAI JAMAIS LA MORT DÉLIBÉRÉMENT.

JE PRÉSERVERAI L'INDÉPENDANCE NÉCESSAIRE À L'ACCOMPLISSEMENT DE MA MISSION. JE N'ENTREPRENDRAI RIEN QUI DÉPASSE MES COMPÉTENCES. JE LES ENTRETIENDRAI ET LES PERFECTIONNERAI POUR ASSURER AU MIEUX LES SERVICES QUI ME SERONT DEMANDÉS.

J'APPORTERAI MON AIDE À MES CONFRÈRES AINSI QU'À LEURS FAMILLES DANS L'ADVERSITÉ.

QUE LES HOMMES ET MES CONFRÈRES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES ; QUE JE SOIS DÉSHONORÉ ET MÉPRISÉ SI J'Y MANQUE ».

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DMG : Département de Médecine Générale

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

GEF : Groupe d'Enseignement Facultaire

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

HAS : Haute Autorité de Santé

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

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

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

MSU : Maître de Stage Universitaire

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé ou de Soins

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SIDES : Système Informatique Distribué d'Evaluation en Santé

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

TGN : Technique du Groupe nominal

UPUP : Unité post urgences polyvalente

WONCA : World Organization of Family Doctors

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
I. INTRODUCTION.....	19
1. Les réseaux de santé	21
1.1 Définition.....	21
1.2 Composition d'un réseau de santé	21
1.3 Découverte des réseaux de santé	22
1.4 L'appui aux médecins traitants	23
1.5 L'exemple du PAERPA.....	24
2. 16ème Rencontre Nationale Réseaux de Santé Personnes Âgées	26
3. Les étapes de l'apprentissage	27
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	28
1. Choix de la méthode	28
2. La technique du groupe nominal	28
3. Recrutement des participants	30
4. Les différentes étapes de la TGN.....	31
4.1 Première étape	31
4.2 Deuxième étape	31
4.3 Troisième étape : collecte des idées.....	31
4.4 Quatrième étape : la discussion et la clarification des énoncés	32
4.5 Cinquième étape : classification des idées	32
III. RÉSULTATS.....	33
1. Déroulement des séances.....	33
2. Caractéristiques des populations	33
3. Listes et rangs des propositions	35
4. Analyse des résultats.....	37
4.1 Groupe « médecins »	37
4.2 Groupe « réseau ».....	37
IV. DISCUSSION	39
1. La validité interne	39
1.1 La méthode du groupe nominal	39
1.2 La faisabilité	39

1.3 Les biais de sélections	39
1.4 Les biais de résultats.....	40
1.5 La représentativité de l'échantillon	40
1.6 Le choix de la gérontologie	40
2. La validité externe	41
2.1 La triangulation	41
2.2 L'impact des propositions et perspectives	41
3. Discordances des propositions	41
V. PROJET PEDAGOGIQUE	42
1. Les outils pédagogiques	42
1.1 Ancien régime.....	42
1.2 Nouveau régime.....	42
1.3 Les différents cadres de formation au département de médecine générale (DMG)	42
1.3.1 La formation hors stage	42
1.3.1.1 Les Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF).....	42
1.3.1.2 Les Groupes d'Echange de Pratiques (GEP).....	43
1.3.1.3 Les cycles professionnalisants	43
1.3.1.4 Le tutorat	43
1.3.2 La formation en stage	44
2. La boîte à outils pédagogique.....	45
2.1 Les objectifs.....	45
2.2 Pour enseigner les messages clés : l'existant ne suffit certes pas toujours, mais est une ressource importante à connaître.	46
VI. CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52

I. INTRODUCTION

En France, comme dans les autres pays occidentaux, l'un des défis de notre société est d'améliorer la prise en charge des personnes fragiles. Dans un contexte économique compliqué, l'objectif fixé par les gouvernements successifs est de rationaliser les soins, d'améliorer l'efficacité médico-économique et la coordination des professionnels de santé, tout cela dans l'intérêt premier du patient. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie et la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) fixent le cadre général de la réorganisation de l'action sanitaire et médico-sociale et définissent le terme de parcours de soins coordonnés.^{1 2}

Plus généralement, les patients sont au sein d'un parcours de santé qui comprend les actions de prévention, la prise en charge médicale, l'accompagnement médico-social et l'intégration dans un territoire de vie. Le médecin traitant a donc un rôle prépondérant et central en tant qu'activateur de ce parcours et un appui peut être fourni par les réseaux de santé. La Direction générale de l'offre de soins a édité en 2012 un guide méthodologique visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter les patients.³

Le DES de médecine générale a pour objectif de nous faire acquérir et mettre en œuvre les compétences décrites par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA)⁴ :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.

¹ **LOI n° 2004-810 du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie. Code de la sécurité sociale. 2004-810 août, 2004.

² **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la santé publique. 2009-879 juillet, 2009.

³ **DGOS. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?** 2012 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

⁴ **WONCA EUROPE 2002.** La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Un rapport rédigé par le Professeur Pierre-Louis DRUET sur la place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé a été remis à la Ministre de la Santé, Madame Touraine, en mars 2015 et préconise d'inscrire le patient dans tous les dispositifs de soins et d'accompagnement sous la pleine responsabilité, l'accord et l'implication du médecin traitant.⁵

Pour les étudiants issus des ECN 2017, la réforme des études médicales du 3ème cycle est mise en oeuvre. Il existe désormais 3 phases dans la formation des internes (phase socle, phase d'approfondissement, phase de consolidation) et les objectifs pédagogiques ont été actualisés.⁶

Ce travail de thèse a donc pour objectif de fournir une boîte à outil pédagogique au département de médecine générale à destination des internes en fin de formation. Le but est de faire prendre conscience aux internes de leur rôle d'organisateur du parcours de santé en tant que médecin traitant et de leur donner les moyens d'accomplir cette mission.

⁵ Pr Pierre-Louis DRUET. **La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé**. 2015 mars p. 20. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf

⁶ **Art 4 - Arrêté du 21 avril 2017** relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

1. Les réseaux de santé

1.1 Définition

Le Code de la santé publique définit les rôles et attributions des réseaux de santé dans l'article L6321-1.⁷ Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du Code de la sécurité sociale.

1.2 Composition d'un réseau de santé

Nous allons décrire la composition d'un réseau de santé avec lequel j'ai travaillé pour réaliser ce travail de thèse, le réseau gérontologique Gérard Cuny de la communauté urbaine du Grand Nancy.

Ce réseau tient son nom du Professeur de médecine Gérard Cuny (1925-1996) qui a contribué au développement de l'enseignement et de la pratique de la gérontologie hospitalière sur la Lorraine et dans toute la France.

C'est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

Il est composé d'une présidente du conseil d'administration, un médecin chef de service, un médecin adjoint, une chargée de projet, une infirmière coordinatrice, une coordinatrice administrative et une secrétaire.

Les statuts de l'association sont disponibles à l'adresse : <http://www.reseaugcuny.fr>

⁷ **Article L6321-1.** Code de la santé publique.

En Lorraine, il existe de nombreux réseaux de santé comme par exemple :

- AGORA (Réseau ville hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH)
- ANTIBIOLOR (Optimisation de la prescription antibiotique en fédérant l'ensemble des prescripteurs, pharmaciens, biologistes de Lorraine)
- AUTREMENT (Promotion des soins palliatifs, accompagnement et prise en charge de la douleur à domicile)
- NEPHROLOR (Réseau Lorrain de Prise en Charge de l'Insuffisance Rénale Chronique)
- ONCOLOR (Réseau régional de cancérologie qui vise à améliorer la qualité des soins des patients atteints de pathologies cancéreuses et coordonner les professionnels impliqués dans leur prise en charge à l'échelle régionale.)
- RIR LORRAINE (Réseau Insuffisance Respiratoire de Lorraine)

1.3 Découverte des réseaux de santé

Mon premier contact avec la notion de « réseau de santé » fut lors d'un séminaire organisé au département de médecine générale de la Faculté de Nancy qui portait sur le maintien à domicile et la perte d'autonomie. À ce moment là, les différentes aides humaines, techniques et financières ont été répertoriées mais je ne voyais pas encore l'aspect concret de leur mise en oeuvre. Par la suite, j'ai effectué mon stage praticien de niveau 1 dans deux cabinets en Meuse, un en milieu rural et l'autre en ville. C'est alors que les situations complexes et difficiles se sont imposées à moi et j'ai commencé à approfondir le sujet lors de la rédaction des RSCA (récit de situation complexe et authentique) au sein des groupes d'analyse de pratique.

Ma véritable confrontation avec les situations complexes a eu lieu lors de mon stage à l'unité post urgences polyvalente (UPUP) du CHU de Nancy. Dans cette unité, nous étions face à des patients, souvent âgés et polypathologiques, dont certains souffraient d'isolement social, de difficultés financières. Une fois le diagnostic de la pathologie aiguë et la prise en charge médicale effectués, se pose la question du devenir du patient et de son retour à domicile. A partir de cet instant j'ai découvert toutes les possibilités et les moyens que l'on peut mettre en place pour sécuriser le patient dans son environnement. Nous travaillions avec l'assistante sociale du service, l'équipe mobile de liaison gériatrique, les réseaux de santé et le tout coordonné dès que possible avec le médecin traitant du patient.

A cette période, il fallait essayer de mettre en place tous les moyens à notre disposition pour les patients, tout en respectant une durée moyenne de séjour de 6 jours.

1.4 L'appui aux médecins traitants

Lorsque les médecins traitants sont confrontés à des situations complexes de patient et ont besoin d'un appui, il existe aujourd'hui une offre peu lisible car plurielle, organisée le plus souvent par pathologies ou par population. Nous allons citer les exemples qui existent sur le territoire du Grand Nancy montrant la multiplicité des dispositifs de coordination.

- **CLIC** (Centres Locaux d'Information et de Coordination) : les CLIC, qui existent depuis 2010, sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en œuvre, en Meurthe et Moselle, par le département. Ils constituent le lieu d'information des personnes âgées et de leur entourage.
- **Les réseaux** : le réseau Gérard Cuny existe depuis 2004. Nous avons décrit plus haut dans la partie « définition » les rôles et attributions des réseaux de santé.
- **MAIA** (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), mise en œuvre en 2008 : associe les acteurs dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ainsi que les personnes de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée diagnostiquée.
- **CTA** (Coordination Territoriale d'Appui) : existe depuis 2014 dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Elle est portée, en Meurthe et Moselle, par le Réseau de santé personnes âgées Gérard Cuny et le CLIC de la métropole du Grand Nancy. Elle a pour mission de venir en appui des professionnels du territoire, de rapprocher et de mettre en cohérence les approches sanitaires, médico-sociales et sociales et de mobiliser les ressources utiles au bon endroit, au bon moment.

La CTA : - informe et oriente les professionnels vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire

- apporte un appui à l'élaboration des PPS (plans personnalisés en santé)
 - active les dispositifs de droit commun ou dérogatoires
 - mobilise des expertises (gériatriques, psychiatriques, sociales...)
 - assure la coordination du parcours de la personne âgée
- **PTA** (Plateforme Territoriale d'Appui), en cours d'élaboration : les plateformes territoriales d'appui ont pour objectif d'accompagner les professionnels (en particulier le médecin traitant) dans la prise en charge des situations ressenties comme complexes à travers 3 types de services :
- **information et orientation des professionnels** vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...

- **appui à l'organisation des parcours complexes** : la plateforme apporte une aide pour évaluer puis coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- **soutien aux pratiques et initiatives professionnelles** en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Le bilan de la déclinaison de tous ces dispositifs d'appui montre la nécessité de leur convergence sur les territoires pour faciliter leur visibilité et leur accès. Pour les médecins libéraux, les réseaux de santé représentent le lien le plus adapté du fait de leur ancrage territorial ancien et de leur interdisciplinarité.

1.5 L'exemple du PAERPA

Le dispositif PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un projet national, conduit en région par l'ARS (Agence Régionale de Santé) Grand Est et qui a pour double objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées fragiles, en particulier celles de plus de 75 ans et d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé.

Nous avons particulièrement utilisé certaines mesures expérimentales dérogatoires de ce dispositif au cours du stage à l'UPUP, puisqu'il permettait de mettre en place très rapidement les aides nécessaires afin de sécuriser le retour à domicile ou de passer par un hébergement temporaire en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). L'évolution de ce dispositif est exponentielle sur le plan national depuis 2013-2014.

Les thématiques principales de PAERPA sont :

- Anticiper une réalité démographique et organiser le parcours de santé autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité
- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants
- Organiser une prise en charge fluide et adaptée aux besoins de la personne
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- Repérer les situations de risque de perte d'autonomie afin de limiter le recours à l'hospitalisation

- Renforcer le maintien à domicile
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs ⁸

Le dispositif repose sur une méthodologie et des outils structurants :

- La coordination clinique de proximité (CCP) : équipe élaborant, sous la responsabilité du médecin traitant, le PPS (plan personnalisé en santé). Elle peut être composée d'infirmier(e)s, de pharmaciens, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'autres professionnels de santé.
 - Le plan personnalisé en santé (PPS) : plan d'action comportant un volet « aides » et un volet « soins » et définissant les indicateurs de suivi partagé. C'est un outil de partage de l'information utile, et co-construit. Il établit la connaissance tracée de l'équipe de soins à un moment donné autour d'un patient, au sens du décret définissant l'équipe de soins de juillet 2016.⁹ Il reflète un raisonnement partagé autour de problèmes non résolus, confrontés aux représentations du patient (préférences / priorités) ; le tout permettant de définir des objectifs partagés, dont le patient et ses intervenants ont connaissance et sont co-responsables. (annexe 1)
 - La coordination territoriale d'appui (CTA) : structure de coordination intégrant les différents dispositifs existants (réseau, CLIC, MAIA...) et intervenant en appui des professionnels (information et orientation, expertises).
- ➡ Il s'appuie sur la mobilisation des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Dans le cadre de PAERPA Grand Nancy, il existe des dispositifs subsidiaires expérimentaux :

- Activité physique adaptée
- Ergothérapie
- Pilulier électronique
- Hébergement temporaire en EHPAD
- Service à domicile en sortie d'hospitalisation
- Répit de nuit programmé
- Répit de nuit en sortie d'hospitalisation

⁸ **Les prestations dans le cadre de PAERPA**. 2016 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Fiches-paerpa.pdf>

⁹ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Code de la santé publique. juillet, 2016.

Une revue Cochrane sur 13 essais randomisés contrôlés retrouve une diminution du nombre d'institutionnalisations et du coût global des soins de santé à moyen terme chez les patients atteints de démence et qui ont bénéficié d'une gestion de cas.¹⁰

En 2015, un travail de thèse du Docteur Claire Bertrand a mis en évidence une diminution du nombre de réhospitalisations évitables à 30 jours, 3 et 6 mois chez les patients inclus dans le dispositif PAERPA¹¹.

Le rapport de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de Mai 2017 conclut qu'un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes. Il reste cependant des difficultés dans la mobilisation et la formation conjointe des différents professionnels de santé d'un territoire.¹²

2. 16ème Rencontre Nationale Réseaux de Santé Personnes Âgées

J'ai eu la chance de participer et d'intervenir à cette journée organisée sous l'égide de la Société française de Gériatrie et de Gérontologie le 21 novembre 2017. A cette occasion, l'équipe du réseau RESCOM-Cambrésis à Marcoing (59) a mis en exergue, lors d'un travail de mémoire, les difficultés de prise de contact et de communication avec les médecins traitants.

Dans le cadre de la mise en place du PPS, sur ce territoire, les médecins traitants doivent être systématiquement consultés et même sont en première ligne lors de leur rédaction, mais il est parfois difficile de les y associer. Les différents intervenants exprimaient comme première difficulté la prise de contact avec les médecins généralistes et dans un second temps le fait que le PPS était le plus souvent rédigé par une infirmière et un médecin gériatre du réseau sans la participation du médecin traitant.

Le projet commun ce jour là était de réfléchir aux moyens d'aider le médecin traitant à être le coordonnateur du PPS.

Une des conclusions de cette journée est l'importance de la « coresponsabilité » entre tous les acteurs de la prise en charge d'un patient en situation complexe. C'est essentiellement avec cette notion que la coordination pourra évoluer et avancer dans l'avenir.

¹⁰ Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. **Case management approaches to home support for people with dementia**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.

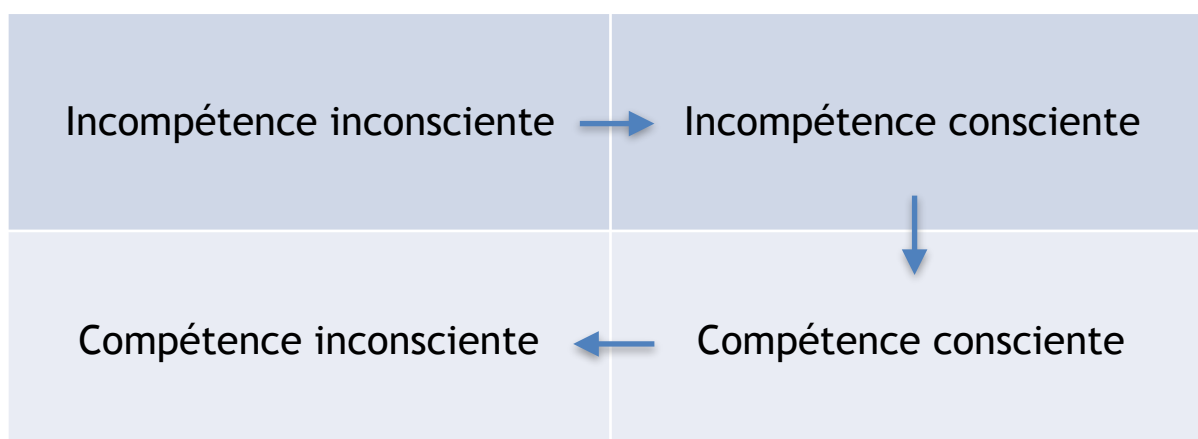
¹¹ Claire Bertrand, Christine Perret-Guillaume, Eliane Abraham, Marie-Françoise Job, Bernadette Gergonne. **Parcours de santé et coordination ville-hôpital : Etude d'une expérimentation Nancéenne visant à réduire les ré-hospitalisations précoces des patients âgés repérés à risque**. Université de Lorraine; 2015 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_BERTRAND_CLAIRE.pdf

¹² Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, 2017, « **Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL** », Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees

3. Les étapes de l'apprentissage

Notre compétence à prendre en charge les situations complexes se développe tout au long de notre formation de médecin généraliste. Ce processus peut se référer, par analogie, à Abraham Maslow, psychologue américain, qui décrit cet apprentissage en 4 étapes successives en 1954, dans son livre Motivation and personality¹³.

Nous passons de l'incompétence inconsciente, puis consciente, et de la compétence consciente à la compétence inconsciente, pour atteindre la maîtrise.



Passer par ces 4 étapes est un processus long et s'appuie sur notre formation théorique mais aussi sur la pratique de notre art au quotidien. Notre objectif est de faire avancer les jeunes médecins généralistes sur ce cheminement du travail collaboratif.

¹³ Abraham H.MASLOW. Motivation and personality. Harper and Row. 1954. p62

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Choix de la méthode

Afin de déterminer les thèmes à aborder dans la boîte à outils pédagogique, l'étude s'est orientée sur 3 axes :

- L'analyse de la littérature
- Mon expérience au sein du réseau Gérard Cuny de la métropole du Grand Nancy, ma participation à plusieurs réunions et à la 16^{ème} Rencontre Nationale Réseaux de santé Personnes Âgées.
- La technique du groupe nominal (TGN) avec « *brainstorming* », avec d'un côté un groupe d'internes en médecine générale, de remplaçants et d'un jeune médecin installé, et de l'autre un groupe constitué de membres de la CTA du Grand Nancy et du Conseil Départemental de Meurthe et Moselle.

Ci-après le groupe constitué d'internes, de remplaçants et du médecin installé sera nommé « **groupe médecins** » et le groupe formé des membres de la CTA et du Conseil Départemental sera nommé « **groupe réseau** ».

2. La technique du groupe nominal

La méthode qualitative du groupe nominal a été retenue car elle permet de faire émerger des idées dans une dynamique créative et dans un cadre ordonné. Cette procédure est très structurée afin de favoriser l'expression individuelle et de limiter les biais d'une dynamique de groupe. L'avantage est de bénéficier de l'énergie du groupe sans contrainte interpersonnelle.

Cette technique a été élaborée par deux chercheurs américains : André Delbecq et Andrew Van den Ven en 1968, ils l'ont utilisée initialement comme technique d'identification de problèmes. Elle était appliquée à l'origine pour répondre à des problèmes dans différents domaines tels que l'éducation, l'industrie, l'administration, les services sociaux.¹⁴

Il s'agit d'une technique d'animation de réunions de groupe qui a pour but de trouver des solutions à différents types de problématiques. Elle est fondée sur deux principes habituellement liés : la créativité et le jugement. Pendant la phase de génération d'idées, tout jugement est proscrit puisque la production est individuelle. Par la suite, le fait d'être exposé aux idées du reste du groupe favorise l'association d'idées, et donc la créativité.

¹⁴ Andre L Delbecq, Andrew H. Van de Ven and David Gustafson, **Group Techniques for Program Planning; a guide to nominal group and Delphi processes**. Glenview IL, Scott Foresman and Company, 1975. ISBN 0-673-07591-5

La HAS (Haute Autorité de Santé) retient la TGN comme une des quatre méthodes de consensus qui a pour avantage de classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser.¹⁵

Les autres méthodes par groupes de cotation sont décrites dans le tableau suivant : (d'après¹⁵)

	Delphi	Groupe nominal, méthode de base	Rand/UCLA appropriateness rating method	Méthode conférence de consensus¹²
Objectifs	Obtenir un avis final, unique, convergent du groupe.	Classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser.	Initialement pour mesurer la sur-utilisation et la sous-utilisation d'un acte médical ou chirurgical. L'opportunité de réaliser un acte est appréciée par le rapport bénéfice/risque. Par la suite, étendue à l'évaluation de la nécessité de réaliser un acte.	Rédaction de recommandations.
Description brève	Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. Cotation itérative individuelle anonyme (par courrier). Retour d'informations (<i>feedback</i>) issu de l'analyse des réponses du groupe au tour de cotation précédent à chaque participant. Au final, la réponse du groupe pour chaque proposition est déterminée en appliquant des règles préétablies.	2 tours de cotation individuelle pendant la réunion du groupe, mais en secret, séparés par une discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation. Pendant la discussion, les interactions se font essentiellement entre le coordonnateur et chacun des membres du groupe pour éviter les phénomènes de dominance.	Analyse critique et synthèse de la littérature. Description de toutes les situations cliniques dans lesquelles l'acte est possible. Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. 1 ^{er} tour de cotation individuelle anonyme (par courrier). Règles préétablies d'analyse des cotations. Retour d'information. Discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation lors d'une réunion unique plénière du groupe. 2 nd tour de cotation individuelle par chaque participant à la fin de la réunion.	Analyse critique de la littérature sur les questions de la conférence (groupe bibliographique). Textes des experts rassemblant les informations (issues de leur expérience et de la littérature) permettant de répondre à une question de la conférence. Conférence publique au cours de laquelle les experts présentent leurs travaux et formulent leur interprétation en fonction de leur conviction. Discussion et débats sur les points les plus controversés avec les membres du jury et le public. Délibération à huis clos du jury pour la rédaction d'un texte consensuel, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible (conclusions et recommandations de la conférence).

¹⁵ HAS. Guide méthodologique : **Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode «Recommandations par consensus formalisé»** . 2010.

3. Recrutement des participants

La recherche qualitative cherche à refléter la diversité au sein d'une population donnée. Nous avons donc sélectionné délibérément des informants qui peuvent permettre d'accéder à des données importantes.

Critères de choix des participants :

- Disponibilité de l'informant
- Disposition d'esprit
- Intérêt pour le sujet de recherche
- Ouverture d'esprit sur le sujet
- Connaissance du sujet

Pour le groupe « réseau », nous avons essayé de réunir les professionnels qui sont en contact direct avec les médecins traitants au quotidien afin de faire émerger les besoins réels en terme de communication et d'information. Pour cela, nous avons contacté par mail dix personnes au sein de la CTA de la métropole du Grand Nancy et du Conseil départemental. Neuf personnes ont répondu présentes, une gestionnaire de cas de la CTA n'a pas pu nous rejoindre pour raison de santé.

Pour le groupe « médecins », il a été plus difficile de les réunir mais encore une fois le recrutement s'est effectué sur la motivation de chacun à participer à ce projet collectif. Nous avons contacté douze internes et médecins et sept d'entre eux ont finalement pu participer à la réunion, les cinq autres ont simplement décliné l'invitation en raison des contraintes d'agenda.

Dans ces deux groupes le nombre de participants respecte la fourchette recommandée de six à dix participants.¹⁶

Nous avons décidé de scinder les participants en 2 groupes alors qu'il est habituel de mélanger les experts pour une raison essentielle. Il s'agissait de libérer la parole de chacun et d'éviter que les membres du groupe « réseau » ne prennent le dessus sur ceux du groupe « médecins » notamment au vu de leur expertise bien plus importante sur le fonctionnement des réseaux de santé. Il fallait également que la réunion soit une source de propositions libres et non un débat entre les différents participants pour limiter l'effet de soumission au groupe.

¹⁶ Letrilliart L, Vanmeerbeek M. **À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** Exercer. 2011;(99):170-7.

4. Les différentes étapes de la TGN

4.1 Première étape

Au début de la réunion, une question ouverte est soumise aux participants, celle-ci ne doit pas comporter de détail précis pouvant les orienter ou limiter leurs réponses. Il faut ensuite imprimer la question sur une feuille de travail que l'on remet à chaque personne, choisir la méthode de votation et préparer le matériel nécessaire.

Ici la question posée au « groupe médecins » est : *Qu'est-ce qui pourrait améliorer ou favoriser vos relations de travail avec les réseaux de santé et vous inciter à avoir recours à eux plus régulièrement ?*

La question adressée au « groupe réseau » est : *Qu'attendez-vous de la part des médecins généralistes de votre territoire dans le but d'améliorer vos relations de travail et la prise en charge des patients ?*

Aucun « prétest » n'a été effectué pour l'élaboration de ces questions puisque les participants ont, pour certains, des relations professionnelles et dans l'éventualité d'échanges d'informations, il a semblé préférable de procéder directement à la collecte des données.

Ces deux questions sont dirigées vers le rôle du médecin traitant et les moyens à mettre en oeuvre pour qu'ils aient recours aux réseaux de santé dans le but de créer une boîte à outil pédagogique qui leur est destinée.

4.2 Deuxième étape

Nous avons distribué aux participants et aux participantes une feuille sur laquelle la question était inscrite. (annexes 1 et 2)

Après quelques minutes de clarification, nous avons demandé à chacun et à chacune de noter sur sa feuille le plus grand nombre de réponses qui leur viennent à l'esprit dans un temps imparti. Pour optimiser le travail et l'élaboration d'idées individuelles, cette étape se fait individuellement et en silence.

4.3 Troisième étape : collecte des idées

Nous avons demandé à chaque participant et à chaque participante, à tour de rôle, de communiquer la première proposition inscrite sur sa feuille. Au fur et à mesure, nous les inscrivions sur un tableau.

Si quelqu'un considérait qu'une de ses idées avait déjà été exprimée par un autre, il passait cette proposition et évoquait la suivante. Nous poursuivons les tours de table tant que toutes les idées notées à la première étape n'ont pas été exprimées.

4.4 Quatrième étape : la discussion et la clarification des énoncés

Tous les énoncés sont clairement inscrits au tableau. Le groupe clarifie les propositions les unes après les autres afin de vérifier que chaque participant attribue le même sens aux énoncés.

A cette étape, tout jugement est interdit afin de permettre une participation optimale de l'assemblée.

4.5 Cinquième étape : classification des idées

Cette discussion de groupe a été suivie d'un vote individuel sur papier pour classer les énoncés selon leur importance. Les énoncés avec le plus grand nombre de votes constituaient les priorités du groupe.

A l'aide d'un tableau, chaque participant a classé individuellement, en silence et en fonction des priorités, les diverses idées. Il a attribué des points pour les cinq énoncés qui lui semblaient fondamentaux pour répondre à la question de départ. Le point le plus élevé (5 points) était attribué à l'item classé le plus important, le numéro décroissant suivant étant assigné à la deuxième priorité et ainsi de suite jusqu'à la fin de la liste. (annexe 3)

III. RÉSULTATS

1. Déroulement des séances

La première séance avec le groupe « médecins » s'est tenue le 2 février 2018 à 19h00 au sein de la salle de réunion du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des Médecins, 4 allée de Saint-Cloud, 54600 Villers-lès-Nancy. La séance a duré une heure, divisée en dix minutes pour la présentation du projet et en cinquante minutes pour la réalisation de la technique.

La deuxième séance avec le groupe « réseau » a eu lieu dans les locaux du réseau Gérard Cuny, 13-15 boulevard Joffre - Galerie des chênes, 54000 NANCY. La séance a également duré une heure avec la même répartition.

Au terme de ces deux réunions, l'ensemble des experts a pu participer selon les modalités du groupe nominal et il n'y a pas eu d'incident particulier.

2. Caractéristiques des populations

Les différentes caractéristiques des populations des groupes « médecins » et « réseau » sont répertoriées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau de population du groupe « médecins »

Nom	Fonction	Thésé(e)	Sexe	Âge	Semestre d'internat	Conditions d'exercice	Lieu d'exercice ou faculté
G. A.	Interne en médecine générale	NON	Femme	26 ans	3ème semestre	-	Faculté de médecine de Nancy (54)
H. F.	Interne en médecine générale	NON	Homme	26 ans	5ème semestre	-	Faculté de médecine de Nancy (54)
M. C.	Médecin généraliste remplaçante	NON	Femme	27 ans	Post internat	Remplaçante en milieu semi-rural	Côte d'Or (21)
M. P-A.	Médecin généraliste remplaçant	NON	Homme	28 ans	Post internat	Remplaçant en milieu semi-rural et urbain	Meurthe-et-Moselle (54)
P. E.	Interne en médecine générale	NON	Homme	28 ans	5ème semestre	-	Faculté de médecine de Nancy (54)
T. H.	Médecin généraliste remplaçante	OUI	Femme	28 ans	-	Remplaçante en milieu semi-rural	Vosges (88)
V. M.	Médecin généraliste installé	OUI	Homme	29 ans	-	Installé en milieu urbain	Laxou (54)

Tableau de population du groupe « réseau »

Nom	Sexe	Fonction
A. E.	Femme	Médecin chef de service du réseau Gérard Cuny
B. S.	Femme	Conseillère en gérontologie, conseil départemental 54 (infirmière de formation)
D. M.	Femme	Infirmière coordinatrice CTA
D. C.	Femme	Gestionnaire de cas CTA
E. M.	Femme	Infirmière coordinatrice CTA
L. J.	Femme	Assistante administrative réseau Gérard Cuny et CTA
M. S.	Femme	Infirmière coordinatrice SSIAD/ADMR association GARDE à Nancy
O. F.	Femme	Médecin coordinatrice réseau Gérard Cuny
P. F.	Homme	Conseiller en gérontologie APA, conseil départemental 54 (infirmier de formation)

3. Listes et rangs des propositions

Chaque proposition a été relue devant tous les participants après le recueil afin de clarifier certaines d'entre elles ou d'en regrouper d'autres si le sens était le même pour tout le monde. Si une proposition semblait proche d'une autre mais que tous les membres n'étaient pas d'accord, nous avons décidé de les laisser toutes les deux dans la liste.

Les propositions sont regroupées et classées dans les tableaux suivants. Nous avons choisi de les classer en tenant compte du nombre de points obtenus mais aussi du nombre de citations de chacune d'entre elles.

Groupe « médecins »

Rang	Points	Citations	Intitulé
1	20	6	Référentiel des réseaux par domaine de compétence et par territoire
2	14	4	Echanges réguliers par moyens sécurisés et non chronophage
3	11	3	Formation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire
4	9	3	Un coordinateur unique pour l'ensemble des réseaux et des structures d'appui
5	8	2	Nécessité d'avoir des réseaux spécifiques par pathologie et/ou par population
6	7	2	Logiciel unique ou interopérabilité pour l'identification et la prise en charge des patients
6 bis	7	2	Amélioration de la communication entre les réseaux et les médecins
7	5	2	Retour rapide des informations
7 bis	5	2	Facilitation de la prise en charge hospitalière des patients déjà inclus dans les réseaux de santé
8	5	1	Être informé des différents réseaux et structures d'appui
9	4	2	Perfectionner les modes d'échanges et de communication avec les réseaux de santé
10	4	1	Simplification de l'initiation de la prise en charge par les réseaux pour le médecin traitant
11	2	2	Favoriser les rencontres entre les réseaux et les médecins traitants
11 bis	2	2	Lisibilité des rémunérations
12	2	1	Avoir du temps disponible
13	0	0	Création d'une fiche d'alerte pour les patients à risque dans les logiciels métiers

Groupe « réseau »

Rang	Points	Citations	Intitulé
1	17	4	Anticipation par les médecins traitants des situations complexes
2	16	5	Temps dédié par le médecin traitant pour la communication avec les réseaux
3	12	4	Co-construire les objectifs d'accompagnement
4	10	2	Préserver la relation de confiance médecin traitant / réseau déjà existante
5	9	2	Connaître les temps disponibles du médecin traitant pour échanger (sauf urgence)
6	8	3	Utilisation du système d'information collaboratif
7	8	2	Meilleure écoute de la part des médecins traitants vis à vis du médico-social
8	7	3	Partage d'informations précises par rapport au parcours global du patient
9	6	2	Echanges plus approfondis chez certains patients en situation difficile
9 bis	6	2	Garder la confiance mutuelle face à l'élargissement des missions du réseau
10	5	3	Meilleure connaissance des missions des SSIAD et des infirmières coordinatrices
11	5	2	Connaissance du PPS
12	4	1	Connaitre le point de vue du médecin traitant sur le devenir des patients
12 bis	4	1	Simplification des modes de communication des éléments médicaux
12 ter	4	1	Echanger grâce aux outils (grille AGGIR...) sur les conséquences fonctionnelles du patient
13	3	1	Communication orale sur les choix des priorités du PPS
14	2	2	Savoir ajuster la prescription des soins à domicile en fonction des recommandations faites par le réseau
15	2	1	Meilleure connaissance du dispositif APA et de ses objectifs
15 bis	2	1	Regard du médecin traitant sur l'environnement social du patient
15 ter	2	1	Effectuer les demandes administratives indispensables rapidement
16	1	1	Approfondir les demandes et les attentes des médecins traitants
16 bis	1	1	Système d'alerte sur les informations importantes
17	0	0	Visite commune médecin traitant / SPASAD lors de l'admission
18	0	0	Regard médical (antécédents, traitements, mode de vie...) facilement accessible
19	0	0	Support / trame de communication unique entre les réseaux et les médecins traitants
20	0	0	Retour d'information par les médecins traitants sur les actions mises en oeuvre par le réseau
21	0	0	Connaissance des missions des gestionnaires de cas
22	0	0	Difficultés des médecins traitants à effectuer des visites à domicile

4. Analyse des résultats

Il s'agit d'une analyse qualitative : nous retiendrons les six premières propositions de chaque groupe afin d'élaborer les priorités des thématiques du projet pédagogique pour que celui-ci reste lisible. Le reste des propositions permettra de définir les axes d'améliorations et de susciter une discussion constructive entre les différents acteurs des parcours de soins.

4.1 Groupe « médecins »

La première proposition montre la nécessité pour les médecins de disposer d'un référentiel unique des réseaux par domaine de compétence et par territoire. Cette information est déjà disponible mais il semble qu'ils ne trouvent pas l'information ou qu'elle n'est pas assez lisible aujourd'hui.

Les seconde et quatrième propositions mettent en évidence la nécessité d'avoir des échanges simples, rapides et sécurisés avec les réseaux mais également de pouvoir joindre un coordinateur unique qui puisse se charger d'orienter le médecin vers la bonne structure. L'importance de l'intégration et de l'évolution des modèles existants vers les PTA est ici parfaitement retrouvée.

Une demande de formation est exprimée par la troisième proposition : cette formation doit s'adresser non seulement aux médecins traitants mais aussi aux acteurs paramédicaux et sociaux présents sur le territoire. Le but est de réduire l'inertie des prises en charge et d'améliorer encore une fois la coordination autour des patients.

Les médecins souhaitent, à travers la cinquième proposition, qu'il persiste une spécificité des réseaux de santé par pathologie et/ou par population pour que subsistent les compétences et l'expertise de chacun.

L'utilisation d'un système d'information collaboratif et intégré est souhaitée au travers de la sixième proposition. Cela démontre que le système existant est méconnu et qu'il est probablement perfectible.

L'analyse du reste des propositions révèle une grande importance de la communication et de l'échange d'informations. C'est un point important que nous allons développer dans le projet pédagogique.

4.2 Groupe « réseau »

Les membres du groupe attendent, en premier lieu, une anticipation précoce et un repérage des patients en situation complexe de la part des médecins traitants. Nous allons donc développer ce sujet pour déculpabiliser les médecins qui hésitent à signaler un patient en risque de perte d'autonomie même si la situation reste stable ; la prise en charge ultérieure n'en sera que plus rapide et plus efficace.

La deuxième proposition, couplée avec la cinquième, démontre les difficultés de communication mais surtout la nécessité d'avoir un temps d'échange commun entre les structures d'appui et les médecins traitants. Les membres du groupe avaient bien conscience des difficultés des médecins et des différences de modes d'exercice de chacun, mais il semble utile d'informer les réseaux sur les modalités de communication souhaitées par les médecins.

La troisième proposition appuie la nécessité de co-construire les objectifs d'accompagnement sans quoi l'adhésion des médecins traitants et le bon déroulement de la prise en charge ne pourront pas avoir lieu.

Au travers de la quatrième proposition, les experts de ce groupe expriment une crainte quant à la perte de la relation de confiance établie depuis de nombreuses années entre les médecins et les réseaux devant l'évolution en cours et à venir des structures d'appui.

De même que pour les médecins, les membres de ce groupe souhaitent une meilleure utilisation du système d'information collaboratif dans la sixième proposition. Nous allons donc appuyer ce point dans le projet pédagogique et rechercher des axes d'amélioration.

Le reste des propositions formule des demandes spécifiques de prise en charge, une amélioration de la connaissance des structures et dispositifs existants et insistent encore une fois sur la communication.

IV. DISCUSSION

1. La validité interne

1.1 La méthode du groupe nominal

Cette méthode de consensus a été choisie pour notre travail. Elle a pour but de hiérarchiser et de prioriser des données. Cette technique nous a permis de recueillir les points de vue et les demandes des personnes qui travaillent au quotidien au plus près des patients en situation complexe. Cette méthode nous a été proposée par le Professeur DI PATRIZIO.

Nous aurions pu utiliser une autre méthode faisant partie du guide méthodologique de l'HAS : la méthode Delphi. Nous avons favorisé la technique du groupe nominal dès le début de ce travail car nous voulions que les propositions soient plus spontanées, que le consensus provienne de l'effusion de propositions que chacun peut s'approprier ensuite et non d'une réflexion individuelle plus longue qui aurait nui à cette spontanéité. Le coût plus élevé, la procédure plus fastidieuse et le risque de perdre des experts au cours du projet nous ont également éloignés de la méthode Delphi au profit de la technique du groupe nominal.

1.2 La faisabilité

L'organisation du groupe nominal peut être complexe puisqu'elle nécessite de réunir un groupe présentiel et dans un lieu donné. Nous avons décidé de respecter cette méthode et de ne pas passer par un recueil par courrier électronique ou par téléphone comme dans certains travaux afin de rester fidèle à l'esprit de la technique.

Le projet a toujours été accueilli favorablement et de manière enthousiaste par l'ensemble des professionnels de santé contactés. Seule une personne du groupe « réseau » n'a pu y prendre part pour raison de santé et cinq internes et médecins pour un manque de disponibilité.

1.3 Les biais de sélections

Des biais de sélection peuvent subsister du fait des difficultés à organiser le groupe nominal. En effet, les participants sont principalement issus du même réseau de santé pour le groupe « réseau » et les membres du groupe « médecins » viennent en majorité des environs du lieu de la réunion bien qu'ils représentent 3 départements différents.

De plus, un biais d'auto-sélection risque d'avoir joué dans les résultats puisque la participation au groupe nominal s'est faite de manière volontaire.

1.4 Les biais de résultats

La structuration de la technique du groupe nominal laisse assez peu de temps aux participants pour étudier la question. Ils ont eu 10 minutes à la première étape pour écrire toutes leurs propositions. Nous pouvons imaginer qu'avec plus de temps il pourrait y en avoir eu plus.

1.5 La représentativité de l'échantillon

Le groupe nominal doit regrouper entre six et dix participants d'après la HAS, nous avons sept experts dans le groupe « médecins » et neuf dans le groupe « réseau ».

Nous nous sommes efforcés de réunir les différents collaborateurs au sein du groupe « réseau » qui rentrent tous en contact direct avec les médecins généralistes au quotidien à des niveaux différents. Pour les médecins, il s'agissait de regrouper des modes d'exercices différents sur plusieurs territoires, nous avons donc réuni trois départements différents et plusieurs modes d'exercice de la médecine libérale.

1.6 Le choix de la gériatrie

Pour l'élaboration de ce travail, nous nous sommes centrés sur les situations des personnes âgées au travers du réseau de gériatrie Gérard Cuny. Ce choix s'est fait naturellement au sortir de mon stage à l'UPUP du CHU de Nancy puisque la grande majorité des prises en charge complexes et des besoins de coordination avec les médecins traitants s'est faite autour des patients gériatriques. La fonction centrale du Docteur ABRAHAM qui dirige ce travail, au sein du réseau Gérard Cuny, a également orienté ce choix. Enfin, c'est un sujet qui me passionne personnellement et pour lequel j'avais envie d'apporter ma contribution.

Il existe de nombreuses situations complexes où le médecin traitant est en première ligne de la coordination et peut avoir besoin d'un appui comme par exemple :

- l'addictologie
- la toxicomanie
- la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse
- la maltraitance
- la précarité
- l'oncologie
- les soins palliatifs
- le handicap
- la périnatalité

2. La validité externe

2.1 La triangulation

Dans ce travail, nous avons recueilli les points de vue des deux parties de la coordination : d'un côté les médecins généralistes et de l'autre les personnels des structures d'appui. Le tout était encadré par un modérateur dont l'objectif principal était de ne pas prendre parti et de ne pas influencer les réflexions et propositions des deux groupes. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude similaire qui regroupe ces deux points de vue en même temps.

2.2 L'impact des propositions et perspectives

Nous allons réaliser, à partir de ce travail, une proposition de projet pédagogique destiné dans un premier temps à la formation des internes en médecine générale mais qui sera amené à être adapté et étendu à tous les professionnels impliqués dans la coordination.

3. Discordances des propositions

L'analyse des propositions et mon expérience au contact des structures d'appui mettent en évidence une différence de point de vue importante entre les 2 groupes : La technicité plutôt retrouvée dans le groupe « réseau » et le pragmatisme dans le groupe « médecin ». Un de nos objectifs est de réduire cette différence et d'amener à un langage commun simplifié.

V. PROJET PEDAGOGIQUE

1. Les outils pédagogiques

1.1 Ancien régime

Dans l'ancien régime de l'internat, l'enseignement de la problématique des prises en charges complexes était fait de manière descendante. Il s'agissait de décrire les différents outils de dépistage, d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées fragiles sans réelle mise en situation. La grande majorité des compétences et des connaissances sur le sujet étaient acquises au cours des stages hospitaliers et en médecine libérale.

1.2 Nouveau régime

Dans la nouvelle maquette, les étudiants doivent intégrer des pré-requis en appréhendant les problématiques par un test de lecture ou un récit personnel puis s'inscrivent à l'enseignement. L'objectif est de pouvoir analyser toute la complexité des prises en charges dans un cadre plus immersif et donc plus pragmatique.

1.3 Les différents cadres de formation au département de médecine générale (DMG)

1.3.1 La formation hors stage

1.3.1.1 Les Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF)

Centrés sur les 12 familles de compétences du médecin généraliste, ces enseignements se déclinent au travers de 15 sessions sur la durée de l'internat.

Les thématiques sont :

- Pathologies aiguës
- Pathologies chroniques
- Situations d'urgence
- La précarité
- Le handicap

Les étudiants partent d'une situation clinique vécue et ils sont amenés à une réflexion globale encadrée par des enseignants du DMG.

1.3.1.2 Les Groupes d'Echange de Pratiques (GEP)

Par groupe de 6 étudiants, à proximité de leur lieu de stage et encadrés par 2 maîtres de stage universitaire (MSU), la réflexion émane également de situations cliniques authentiques et aboutit à la rédaction d'un RSCA. Les séances se déroulent tout au long des 3 années de l'internat.

1.3.1.3 Les cycles professionnalisants

Au sein de cette nouvelle formation, les internes en médecine générale vont pouvoir fonder les bases de leur futur exercice grâce à la présence d'un professionnel compétent sur chacun des 6 modules développés :

- gestion du cabinet
- réussir son installation
- Organisation des soins
- les contrats d'exercice
- les certificats et le fonctionnement de l'Ordre des médecins
- Les relations avec la sécurité sociale

Les séances de 3 heures sont très pragmatiques et centrées sur la réalité de l'exercice par groupe de 40 à 50 étudiants sur 5 territoires en Lorraine (Epinal, Metz, Saint-Avold, Nancy et Verdun).

Il y a une dimension interactive avec l'utilisation de sondages, de diaporamas et des smartphones.

Avec cette réforme, cette formation « pratique » est passée de 6 heures à 18 heures sur la durée de l'internat.

1.3.1.4 Le tutorat

Pour les étudiants de première année d'internat, la mise en place d'un tuteur individuel, il s'agira d'un maître de stage, va permettre un contact hebdomadaire en présentiel ou par téléphone afin de les accompagner au plus près tout au long de leur formation.

1.3.2 La formation en stage

Tout aussi importants que les enseignements « facultaires », le stage de praticien niveau 1 et le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) vont permettre à l'étudiant d'intégrer progressivement les connaissances et l'autonomie nécessaire à la pratique de la médecine générale.

Il leur est donc nécessaire de disposer d'une information claire, rapide et validée ; le plus souvent ces informations sont disponibles en ligne par l'intermédiaire du site de la faculté de médecine et du département de médecine générale mais aussi sous SIDES (Système Informatique Distribué d'Evaluation en Santé) pour intégrer les pré-requis.

2. La boîte à outils pédagogique

2.1 Les objectifs

Nous avons décidé de les classer par ordre thématique et de retenir ceux qui ont un intérêt pédagogique.

A partir des groupes nominaux, les 6 objectifs qui émergent, comme nous l'avons vu, sont :

- Disposer d'un référentiel unique des structures d'appui par domaine de compétence et par territoire. (1^{ère} et 5^{ème} propositions, groupe « médecins »)
- Pouvoir joindre un coordinateur unique avec des échanges simples, rapides et sécurisés. (4^{ème} proposition, groupe « médecins »)
- Avoir accès à une formation pour tous les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux sur un territoire. (3^{ème} proposition, groupe « médecin »)
- Être capable d'utiliser un système d'information collaboratif. (6^{ème} propositions des deux groupes)
- Savoir anticiper et repérer les situations complexes. (1^{ère} proposition, groupe « réseau »)
- Co-construire les objectifs d'accompagnement par le biais du PPS. (3^{ème} proposition, groupe « réseau »)

17



¹⁷ **Le projet CIMG Grand Reims** - Coordination d'Intervention en Médecine Générale [Internet]. Le projet CIMG Grand Reims. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.cimg-grand-reims.fr/>

2.2 Pour enseigner les messages clés : l'existant ne suffit certes pas toujours, mais est une ressource importante à connaître.

A. Disposer d'un référentiel unique des structures d'appui par domaine de compétence et par territoire :

- Pour la région Grand Est, le site de l'ARS met à disposition un annuaire des structures d'appui par thématique et par territoire à l'adresse suivante (annexe 5) :

http://www.grand-est.paps.sante.fr/fileadmin/ALSACE/PAPS_Alsace_V2/Partenaires/Reseaux_de_sante_Grand_Est.pdf

Il n'y a pas d'indication de la dernière mise à jour et son accès est possible après 7 actions à partir du site de l'ARS, ce qui est un frein à son utilisation par les médecins généralistes.

- L'État a lancé un site qui regroupe toutes les aides disponibles pour les personnes âgées. L'adresse est la suivante :

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

Ce site s'adresse en priorité aux patients eux-mêmes et à leur entourage mais la navigation y est particulièrement complexe et trouver une information pratique est très compliqué.

B. Pouvoir joindre un coordinateur unique avec des échanges simples, rapides et sécurisés.

Tous les dispositifs d'appui sont amenés à converger dans les années qui viennent au niveau national vers des PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) qui disposeront d'un numéro dédié pour toutes les situations complexes sans critère d'âge ou de pathologie.

Ce dispositif est en cours de développement sur 3 ans depuis 2017 dans la région Grand Est.

Pour l'instant, dans la métropole du Grand Nancy, il est possible de contacter la plateforme d'accueil CTA (Coordination Territoriale d'Appui) du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 et le samedi de 8h30 à 12h00 au numéro suivant :

03.55.68.50.90

Pour les autres territoires, il faut se référer à l'annuaire des réseaux de santé de L'ARS.

Il est possible de joindre par téléphone la référente des PTA de l'ARS Grand EST, Madame Valérie EVRARD, au 03.83.39.79.45, ou par mail valerie.evrard@ars.sante.fr

C. Avoir accès à une formation pour tous les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux sur un territoire.

Les membres des structures d'appui peuvent se déplacer, particulièrement au sein des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles), pour former et échanger avec tous les professionnels et cela simplement en faisant la demande par téléphone à la structure de son territoire.

D. Être capable d'utiliser un système d'information collaboratif.

Il existe une plateforme santé en Lorraine qui regroupe tous les services et applications de lien entre les professionnels de santé et les établissements à l'adresse suivante :

<https://www.sante-lorraine.fr/portail/>

Par l'intermédiaire de l'application LIGO, les médecins ont accès aux dossiers des patients, à un annuaire des professionnels et des établissements et à une messagerie sécurisée. Une demande d'accès et des identifiants s'effectue en ligne ou par téléphone au 03.83.97.13.70.

Ce système est toujours en cours de développement et surtout nous sommes en attente d'une interopérabilité des systèmes et de l'intégration aux logiciels métier des professionnels de santé.

Il est important que nous prenions tous notre part de responsabilité et que l'apport des informations dans ce système soit le fait de tous et que nous n'attendions pas après les autres pour le faire à notre place.

Tous les professionnels peuvent avoir accès au dossier de la personne qu'ils prennent en charge, s'ils font partie de l'équipe de soins de la personne. Ainsi, chacun a la possibilité de poser sur LIGO les informations synthétiques qui sont utiles à partager dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins de la personne, et ainsi éviter les ruptures de ce parcours en lien avec la perte d'informations.¹⁸

Par un système de « bris de glace », les professionnels peuvent aussi avoir accès à une synthèse des informations utiles, engendrant une alerte automatique à la PTA, pour les personnes qu'ils sont amenés à voir sans être encore reconnus comme faisant partie de l'équipe de soins (ex : intervention pendant un temps de permanence des soins, remplacement, SOS médecins, SAU ...)

L'idée est de disposer d'un « panier de services » dans lequel **chacun apporte sa contribution.**

¹⁸ **Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016** relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel - Article 1. 2016-994 juillet, 2016.

E. Savoir anticiper et repérer les situations complexes.

Le message fort est que le fait d'appeler pour solliciter un appui **n'est pas un échec** dans notre prise en charge. Il faut reconstituer une « équipe de soins » homogène autour du patient et de son entourage avec toutes les personnes qui peuvent leur apporter un bénéfice.

Pourquoi travaillons-nous toute la journée à l'hôpital avec les infirmiers, aides soignants, assistants sociaux, diététiciens, kinésithérapeutes, personnels administratifs, etc, et en médecine de ville devrions-nous travailler et s'organiser seuls ?

L'anticipation est la clé de la réussite et surtout permet d'éviter la perte de chance pour le patient.

Il est important de comprendre que nous, médecins, **restons les prescripteurs** et que nous ne perdons pas de pouvoir décisionnel en faisant appel aux structures d'appui et surtout, **nous ne perdons pas notre patient.**

A contrario, il ne s'agit en aucun cas de « se débarrasser » de son patient entre les mains des réseaux de santé et de se décharger de toutes les responsabilités dès que la situation devient complexe et difficile.

F. Co-construire les objectifs d'accompagnement par le biais du Plan Personnalisé en Santé (PPS).

Le PPS (annexe 1) est un outil collaboratif, ce qui signifie qu'il est rédigé et approuvé par tous les intervenants autour du patient, et par le patient lui-même. Le médecin traitant reste le décideur final et son accord est demandé avant chaque création de PPS. La structure vient en appui par le biais de cet outil de partage d'information, disponible et modifiable sur la plateforme LIGO. ¹⁸

Il faut retenir que le PPS n'est pas quelque chose de figé, il faut **réévaluer les besoins et adapter les objectifs** à chaque événement important du parcours de santé du patient, et poser dans LIGO ce qui est utile à partager entre professionnels.

VI. CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de recueillir les points de vue des médecins généralistes et des internes sur la complexité des prise en charges et de les confronter à ceux des structures d'appui en cette période de restructuration importante et de convergence des dispositifs.

La méthode du groupe nominal utilisée nous a permis d'extraire des objectifs pédagogiques de toutes les propositions faites lors des deux réunions.

La nouvelle génération d'internes en médecine générale voit sa formation modifiée en s'orientant davantage vers le pragmatisme et la réflexion pour rompre avec des enseignements facultaires traditionnels.

La gestion des situations complexes ne peut se faire aujourd'hui sans une coordination efficace décidée et suivie par le médecin traitant. Il n'y a aucune raison d'avoir peur de perdre son pouvoir de décision et de prescription, les structures d'appui nous viennent en aide pour garantir la meilleure prise en charge pour les patients. Nous restons décisionnaires mais devons prendre notre part de responsabilité et contribuer au partage des informations importantes avec les professionnels concernés.

Il y a de nombreuses difficultés comme la multiplicité des dispositifs, l'absence d'interopérabilité des systèmes, les écarts de structures entre les territoires, etc ; mais nous sommes dans une période de mutation et de convergence que nous devons accompagner, en tant que jeunes médecins généralistes, afin d'être parfaitement intégrés et compétents à l'avenir.

Notre boîte à outils est composée de messages qui peuvent paraître simples, voire simplistes, mais ces messages sont la base de la mise en œuvre d'un accompagnement du changement de nos pratiques au quotidien, pour améliorer la qualité de notre travail, la qualité de notre vie au travail et au final le service rendu aux patients.

La boîte à outils pédagogique est amenée à évoluer, en fonction des transformations des structures d'appui, pour que chaque année les internes aient les clés de la réussite d'une prise en charge intelligente des situations complexes. Il sera intéressant de mettre cet outil à leur disposition dans un premier temps lors des enseignements du département de médecine générale ou encore sous forme de podcast sous SIDES. Nous pourrions ensuite évaluer son intérêt auprès des internes et l'enrichir de leurs remarques. Ce travail peut également servir aux structures d'appui pour les accompagner dans leur évolution structurelle et pour les aider à améliorer leur communication avec les médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ **LOI n° 2004-810 du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
- ² **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
- ³ **DGOS. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?** 2012 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
- ⁴ **CNGE. Présentation du D.E.S de médecine générale.** 2012 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
- ⁵ **Pr Pierre-Louis DRUET. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé.** 2015 mars p. 20. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
- ⁶ **Art 4 - Arrêté du 21 avril 2017** relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine
- ⁷ **Article L6321-1.** Code de la santé publique.
- ⁸ **Les prestations dans le cadre de PAERPA.** 2016 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Fiches-paerpa.pdf>
- ⁹ **Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016** relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Code de la santé publique juillet, 2016.
- ¹⁰ Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. **Case management approaches to home support for people with dementia.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.
- ¹¹ Claire Bertrand, Christine Perret-Guillaume, Eliane Abraham, Marie-Françoise Job, Bernadette Gergonne. **Parcours de santé et coordination ville-hôpital : Etude d'une expérimentation Nancéenne visant à réduire les ré-hospitalisations précoces des patients âgés repérés à risque.** [Thèse]. [Université de Lorraine]; 2015. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_BERTRAND_CLAIRE.pdf
- ¹² Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, 2017, « **Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL** », Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees.
- ¹³ Abraham H.MASLOW. **Motivation and personality.** Harper and Row. 1954. p62.

¹⁴ Andre L Delbecq, Andrew H. Van de Ven and David Gustafson, **Group Techniques for Program Planning; a guide to nominal group and Delphi processes**. Glenview IL, Scott Foresman and Company, 1975. ISBN 0-673-07591-5

¹⁵ HAS. Guide méthodologique : **Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode « Recommandations par consensus formalisé »** . 2010.

¹⁶ Letrilliart L, Vanmeerbeek M. **À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** Exercer. 2011;(99):170-7.

¹⁷ **Le projet CIMG Grand Reims** - Coordination d'Intervention en Médecine Générale [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.cimg-grand-reims.fr/>

¹⁸ **Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016** relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel - Article 1. 2016-994 juillet, 2016.

Plan Personnalisé de Santé			
La personne et ses contacts utiles			
Numéro du PPS	Date de la version en cours/...../.....	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui motif ALD :
Coordonnateur du PPS		Profession :	
Informations sur la personne			
Adresse de la personne	Nom :		
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom(s) :	Tél. email	Mesure de protection <input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours
Référents familiaux/amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom(s) :	Tél. email	Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Personne de confiance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom :	Tél. email	Financement : APA / CARSAT / Autre <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non
Caisse de retraite	Nom :		Directives anticipées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)		Mutuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :
Contacts utiles = intervenants			
	Nom	Téléphone	email
Médecin traitant			Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD			
Pharmacien d'officine			
Kinésithérapeute			
Autre professionnel :			
Infirmière ETP			
Géiatre			
SSIAD/SAD/SPASAD			

Coordonnateur d'appui (réseau, gestion de cas ...)			
Tuteur / curateur			
Travailleur social et son service			
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

NOM et Prénom de la personne :			
Date de naissance : / /			
Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)			
O / N / ?	Commentaires	O / N / ?	Commentaires
	Problèmes liés aux médicaments		Précarité
	- accident iatrogène		- financière
	- automédication à risque		- habitat
	- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémifiants)		- énergétique
	- problème d'observance		Aidant en difficulté (épuisé, fragile ...)
	- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémifiants)		Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne
	Organisation du suivi		- soins personnels/toilette
	- pas de déplacement à domicile du médecin traitant		- habillement
	- absence de suivi		- aller aux toilettes
	- multiples intervenants		- continence
	- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques complémentaires		- locomotion
	Problèmes de mobilité		- repas
	- risque de chute		Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée

- chute(s)				
- phobie post-chute				
- problèmes de mobilité à domicile				
- problèmes de mobilité à l'extérieur				
Isolement				
- faiblesse du réseau familial ou social				
- isolement géographique				
- isolement ressenti				
- isolement culturel				
		Difficultés à prendre soin de soi		
		- difficultés à utiliser le téléphone		
		- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments		
		- difficultés à voyager seul		
		- difficultés à gérer son budget		
		- refus de soins et d'aides		
		- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause		
		Troubles de l'humeur		

La personne		Nom :	
		Prénom :	
		Date de naissance :	/ /
		Poids =	Clairance créatinine =
Numéro du PPS		Préférences de la personne	
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne	

Plan de soins			
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats : Objectif atteint : Oui / Non / Partiellement
		Date de bilan	Bilan d'étape Commentaires

Plan d'aide						
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats : Objectif atteint : Oui / Non / Partiellement	Date de bilan	Bilan d'étape Commentaires	

Annexe 2

2 Février 2018	Durée
19:00	1h

Qu'est-ce qui pourrait améliorer ou favoriser vos relations de travail avec les réseaux de santé et vous inciter à avoir recours à eux plus régulièrement ?

Nom, prénom, fonction :

Groupe « médecins »

PROPOSITIONS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

Annexe 3

8 Février 2018	Durée
09:00	1h

Qu'attendez-vous de la part des médecins généralistes de votre territoire dans le but d'améliorer vos relations de travail et la prise en charge des patients ?

Nom, prénom, fonction :

Groupe « réseau »

PROPOSITIONS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

Classification des propositions

Nombre de points	Proposition
5	
4	
3	
2	
1	

Annexe 5



RESEAUX DE SANTÉ Départements du Grand Est

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
08	ARDUINNAGE	Local gérontologie	31, Rue du Bois d'Amour	08000	CHARLEVILLE MEZIERES	03 24 35 12 52	reseauarduinna@orange.fr	
10	REGEMA	Local gérontologie	1, Avenue Pierre Brossolette	10000	TROYES	03 25 40 80 83	regema.asso@mail.com	http://www.regema.fr/accueil.php?a=page100000
52	GERONTIS	Local gérontologie	Maison de Santé Pluriprofessionnelle 43 bis, rue Walferdin	52400	Bourbonne-les-Bains	03.25.90.93.50	gerontis52@orange.fr	
08-10-51-52	REGECAP	Régional soins palliatifs et gérontologie	3, rue de l'université	51100	REIMS	03 26 07 71 56	bmarant@regecap.org	http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?reseau=regecap
08-10-51-52	ADDICA/CARE DIAB	Addictions, précarité, diabète	3, rue de l'université	51100	REIMS	03 26 82 88 84 03 26 82 88 85	carediab.reseau@wanadoo.fr addica.reseau@wanadoo.fr	http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?reseau=addica http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?reseau=carediab
08-10-51-52	ONCOCHA	Oncologie	3, rue de l'université	51100	REIMS	03 26 36 94 07	contact@oncocha.org	http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?reseau=oncocha
08-10-51-52	PERINAT	Périnatalité	47, rue Cognacq Jay	51092	REIMS Cedex	03 26 78 78 69	coord.rpca@orange.fr	http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?reseau=reseau%20perinatal



RESEAUX DE SANTÉ Départements du Grand Est

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
54-55-57-88	Réseau CUNY	Gérontologie	13 / 15 boulevard Joffre Galerie des Chênes 54 000 NANCY			03 83 45 84 90	secretariat@reseauaucuny.fr	
54-55-57-88	Réseau Gérontologique du Pays du Vermois, du sel et du Grand Couronné	Gérontologie	36 rue Charles Courtois 54 210 SAINT NICOLAS DE PORT			03 83 36 63 71	geronto.stnicolas@sante-lorraine.fr	
54-55-57-88	REGE2M (Metz-MetzCampagne)	Gérontologie	Résidence Sainte Marie - 2 rue Vieilleville - 57070 METZ			03 87 18 77 44	secretariat@rege2m.com	
54-55-57-88	Réseau Gérontologique du TOULOIS : RESAPEG	Gérontologie	Centre Hospitalier Saint Charles - 1 cours Raymond POINCARE BP 310 54 201 TOUL			03 83 62 20 11	resapeg@ch-toul.fr	
54-55-57-88	Réseau MAILL'ÂGE du PAYS de BRIEY	Gérontologie	7 bis Ave John Fitzgerald Kennedy - 54150 BRIEY			09 81 89 33 23	reseauaillage.briey@gmail.com	
54-55-57-88	AUTREMENT	Soins Palliatifs	1 bis rue Charles Rivolet 54300 LUNEVILLE			03 83 75 72 06	annick.lecocq@wanadoo.fr	
54-55-57-88	POIPLUME	Diabète/Nutrition	38-48, rue St Bernard - 57000 METZ			03 87 52 14 94	poiplume@gmail.com	

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
54-55-57-88	A.V.R.S	Territorial	Association Vosgienne des Réseaux de santé 29 rue Thiers 88 000 EPINAL			03 29 32 59 55	octave.altieri@wanadoo.fr	
54-55-57-88	M.R.S.L	Territorial	Maison des Réseaux de Santé du Pays Lunévillois 26 rue République 54300 LUNEVILLE			03 55 66 81 00	maison.des.reseaux@orange.fr	
54-55-57-88	R.2.S.M	Territorial	RESEAU DE SANTE DU SUD MEUSIEN 1 Bd d'Argonne BP 40223 55005 BAR LE DUC-CEDEX			03 29 76 35 57	r2sm@sante-lorraine.fr	
54-55-57-88	R.S.P.S.	Territorial	RESEAU DE SANTE PAYS DE SARREBOURG Espace Peguy - avenue Clémenceau 57 400 SARREBOURG			03 87 03 58 09	directioninstanc esante@orange.fr	
54-55-57-88	RESAMEST	Territorial	Réseau de Santé de Moselle Est 2 rue des Vergers 57 460 BEHREN LES FORBACH			03 87 13 27 45	raphael.fr@infonie.fr	
54-55-57-88	ADOR 55	Territorial	2 rue d'Anhouard 55 107 VERDUN CEDEX			03 29 83 27 45	ador55@sante-lorraine.fr	

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
54-55-57-88	GERONTONORD	Territorial	Villa Roland - 94, route de Guentrange 57100 THIONVILLE			03 82 82 72 57	accueil@gerontonord.fr	
54-55-57-88	REGESA	Territorial	U.E.G. Hôpital St Jacques 21 route de Loudrefing 57 260 DIEUZE			03 87 86 11 12	contact@regesa.fr	
54-55-57-88	DOMI RESEAU du territoire de Longwy	Territorial	DOMI RESEAU Centre d'affaires EUROBASE 2 Zone du Pôle Européen de développement 54810 LONGLAVILLE			03 82 89 85 85	domireseau@gmail.com	
54-55-57-88	RESAVAL	Territorial	Centre d'Affaires Blenovista - Route de Maidières 54700 BLENOD LES PONT A MOUSSON			03 83 83 18 43	resaval@orange.fr	
54-55-57-88	RSMA	Territorial					starcksandra.rsma@gmail.com	
54-55-57-88	R2TGN Réseau de Santé Nancy Métropole	Territorial	Centre d'Affaires Tour des Nations (7ème Etage) Porte Gibraltar 23 Bd de l'Europe 54500 VANDOEUVRE LES NANCY			03.83.39.00.26	contact@reseau-nsm.fr	

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
54-55-57-88	LORSEP	Régional Sclérose en plaque	1 rue du VIVARAIS 54519 VANDOEUVRE CEDEX			03 83 30 27 78	lorsep@wanado.fr	
54-55-57-88	NEPHROLOR	Régional Néphrologie	Association Réseau Néphrolor CHU de Nancy Hôpitaux de Brabois Allée du Morvan Service Néphrologie 54500 VANDOEUVRE LES NANCY			03 83 15 36 44	nephrolor@chru-nancy.fr	
54-55-57-88	RIR LORRAINE	Régional Insuffisance respiratoire	CHU Nancy Brabois Tour Drouet 1er Etage Rue du Morvan 54511 VANDOEUVRE CEDEX			03 83 15 49 35	secrtaire.rirorraine@chru-nancy.fr	
54-55-57-88	Réseau Périnatal Lorrain	Régional Périnatalité	Maternité Régionale A. PINARD 10 rue du Docteur Heydenreich CS 74213 54042 NANCY CEDEX			03 83 34 36 44	rpl@chru-nancy.fr	
54-55-57-88	ONCOLOR	Régional Cancérologie	6 avenue de Bourgogne 54500 VANDOEUVRE LES NANCY			03 83 59 85 04	s.bernard@nancy.unicancer.fr	
54-55-57-88	LORDIAMN	Régional Diabète	Fédération Lorraine diabète, maladies métaboliques et nutrition 14, boulevard du 21ème régiment d'Aviation – 54 000 NANCY			03 83 39 00 26	contact@lordiamn.fr	

Départements	Organismes	Thématiques	Adresse	CP	Ville	TEL	Mail	site internet
54-55-57-88	LORADDICT	Régional	Hôpitaux de Brabois – Bâtiment Philippe Canton –rue du Morvan – 54511 VANDOEUVRE LES NANCY cedex			03 83 15 71 94	loraddict@chru-nancy.fr	
54-55-57-88	Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine Lorrains	Régional Gériatologie	Service de Gériatrie Hôpital de Brabois Adultes/CHU Nancy 54500 VANDOEUVRE LES NANCY			06 62 76 05 89	cpglorraine@gmail.com	

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte : Le parcours de santé du patient et l'organisation des structures d'appui au médecin généraliste sont en pleine restructuration et évoluent vers une convergence des dispositifs.

Objectif : Élaborer un support pédagogique pour les internes en médecine générale autour du rôle d'organisateur du parcours de santé du médecin généraliste en Lorraine. **Matériel et Méthode** :

Étude qualitative par la technique du groupe nominal lors de deux réunions, l'une avec des internes et médecins généralistes (groupe « médecins »), l'autre avec le personnel de la coordination territoriale d'appui (CTA) de Nancy (groupe « réseau »). Recueil et classement des propositions des deux groupes. **Résultats** :

Le groupe « médecins » souhaite disposer d'un référentiel unique des réseaux par domaine de compétence et par territoire, il ressort également la volonté d'avoir un coordinateur unique et d'améliorer la communication. Ce groupe demande davantage de formation et la possibilité d'utiliser un système d'information collaboratif. Le groupe « réseau » attend une anticipation précoce et un repérage des situations complexes de la part des médecins traitants. Les difficultés de communication sont mises en évidence et ce groupe insiste sur la nécessité de co-construire les objectifs d'accompagnement. Il a également une crainte quant à la perte de la relation de confiance au cours de l'évolution des structures d'appui. La meilleure utilisation du système d'information collaboratif est également souhaitée. **Conclusion** :

Six objectifs pédagogiques ont été extraits des propositions et ont permis de construire une boîte à outils regroupant des données pratiques et des mots-clés importants. Ce projet peut servir de base de travail pour tous les types d'enseignements du département de médecine générale. Il serait intéressant également de le diffuser aux structures d'appui pour les accompagner dans leur évolution structurelle et pour les aider à améliorer leur communication avec les médecins généralistes. Dans un second temps, cet outil pourrait être évalué.

TITRE EN ANGLAIS

Perception of care situations' complexity near general doctors and health networks by the nominal group technique. Creation of a teaching tool.

THÈSE : Médecine générale - année 2018

MOTS-CLÉS : Complexité - Groupe nominal - Médecins généralistes - Pédagogie - Réseau de santé

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex