



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Quentin CHAUVIN

Né le 03/07/1996 à CHÂTEAUROUX (36)

TITRE

Évaluation de l'intérêt de la mise en place d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière au Centre Hospitalier du Chinonais pour la pratique des médecins généralistes de la Rabelaisie.

Présentée et soutenue publiquement le **Vendredi 03 Novembre 2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Alexandra AUDEMARD-VERGER, Médecine interne, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Laurent BRECHAT, Médecine générale – Avoine

Docteur Antoine PORNIN, Médecine d'Urgence, PH – CH Chinon

Directeur de thèse : Docteur Olivia GROSDÉMANGE, Médecine Générale, PH – CH Chinon

RÉSUMÉ

Introduction : En 2050, un tiers de la population française aura plus de 60 ans, avec comme conséquence une augmentation de la poly-pathologie : on parle de transition épidémiologique. En parallèle, les politiques de santé publique s'engagent dans le virage ambulatoire donnant une place toujours plus importante au médecin traitant. Cependant, la diminution du nombre de médecins et l'évolution des pratiques de la médecine entraînent une baisse de leur disponibilité pour gérer ces patients complexes. Ainsi, les médecins traitants de la Rabelaisie trouveraient-ils un intérêt à la mise en place de consultations de médecine polyvalente, en complément de leur pratique, sur le Centre Hospitalier du Chinonais ?

Matériel et méthode : Nous avons mener une étude qualitative, en adoptant une approche par théorisation ancrée (*grounded theory*). Nous avons conduit neuf entretiens individuels, semi-dirigés, parmi un échantillon de médecins généralistes installés sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de la Rabelaisie.

Résultats : La mise en place de consultations de médecine polyvalente suscite plusieurs points d'intérêt pour les médecins généralistes interrogés dont notamment l'optimisation de la gestion des situations complexes. Cependant, plusieurs médecins nécessitent une clarification de ses champs d'application. Grâce à l'analyse des *verbatim* nous avons pu définir des profils de patients potentiellement éligibles à la consultation, des objectifs de prise en charge et les outils nécessaires pour les atteindre.

Discussion : L'évolution de la pratique de la médecine, la transition épidémiologique et la nécessité de réussir le virage ambulatoire, lui-même conditionné par l'amélioration du lien Ville-Hôpital, sont les enjeux principaux de la médecine générale de demain. La consultation de médecine polyvalente pourrait, par certains aspects, être un appui aux médecins traitants dans la prise en charge des patients complexes. Toutefois il paraît difficile pour le praticien hospitalier, seul, d'apporter une réponse globale lorsqu'elle est nécessaire. Alors, il pourrait coordonner une équipe de soins ambulatoires permettant de mieux appréhender les diverses problématiques souvent intriquées, au cours d'une évaluation pluridisciplinaire en hospitalisation de jour par exemple.

SUMMARY

Introduction : In 2050, a third of the French population will be over 60 years old, resulting in an increase in polypathology : it's the epidemiological transition. At the same time, public health policies are committed to the ambulatory shift, giving an ever more important place to the general practitioner. However, the reduction in the number of doctors and the medicine practice evolution lead to a reduction in their availability to manage these complex patients. So, would general practitioner in Rabelaisie find it beneficial to set up multipurpose medicine consultations, in addition to their practice, at the Chinonais Hospital Center ?

Material and method : We conducted a qualitative study, adopting a grounded theory approach. We conducted nine individual, semi-directed interviews among a sample of general practitioners established in the territory of the Territorial Professional Health Community of Rabelaisie.

Results : The establishment of multipurpose medicine consultations raises several points of interest for the general practitioners interviewed, including in particular the optimization of the management of complex situations. However, many doctors require clarification of its fields of application. Thanks to the analysis of the *verbatim* we were able to define profiles of patients potentially eligible for consultation, treatment objectives and the tools necessary to achieve them.

Discussion : The evolution of the practice of medicine, the epidemiological transition and the need to succeed in the ambulatory shift, itself conditioned by the improvement of the City-Hospital link, are the main challenges of tomorrow's general medicine. The multipurpose medicine consultation could, in certain aspects, support general practitioner in the management of complex patients. However, it seems difficult for the hospital practitioner, alone, to provide a global response when it is necessary. Then, he could coordinate an ambulatory care team to better understand the various often intertwined issues, during a multidisciplinary assessment in day hospitalization for example.

MOTS CLÉS

En français :

Consultations Externes - Médecine Polyvalente - Médecine Polyvalente Hospitalière - Médecine Générale - Coordination Ville-Hôpital - Communication Ville-Hôpital - Virage Ambulatoire - Polypathologie - Comorbidité - Patient Polypathologique - Patient Complexe - Situation Complexe - Fragilité - Prise en charge globale

En anglais :

Outpatient consultations - General Medical Unit - Multi-purpose Medicine - General Practice - Town-Hospital Network - Town-Hospital Communication - Ambulatory Shift - Polypathology - Comorbidity - Polypathological Patient - Complex Patient - Complex Situation - Fragility - Comprehensive Care

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER AlexandraMédecine interne
BISSON ArnaudCardiologie (CHRO)
BRUNAUT PaulPsychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA GuillermoRhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY NicolasCardiologie
DOMELIER Anne-SophieBactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR DianeBiophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT ThomasPédopsychiatrie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
HOARAU CyrilleImmunologie
KERVERREC ThibaultAnatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ SophieDermatologie
LEFORT BrunoPédiatrie
LEJEUNE JulienHématologie, transfusion
LEMAIGNEN AdrienMaladies infectieuses
MACHET Marie-ChristineAnatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY JérômeBiophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA ElodieAnatomie et cytologie pathologiques
STEFIC KarlBactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE CarolineHématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU AntoninePhilosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL AlainMédecine Générale
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
CHAMANT ChristelleMédecine Générale
ETTORI IsabelleMédecine Générale
MOLINA ValérieMédecine Générale
PAUTRAT MaximeMédecine Générale
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO BorisMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINO Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER FrédéricDirecteur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER JulieDirectrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET ChristopheDirecteur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU CamilleDirectrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI ArnaudChargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE MarcPraticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI CaroleOrthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT MélanieOrthophoniste
SIZARET EvaOrthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de thèse,

Monsieur le Professeur François Maillot, Professeur des Universités Praticien Hospitalier.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je suis reconnaissant des commentaires avisés que vous apporterez à ce travail. Votre expérience et votre expertise ont une valeur particulière à mes yeux.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Alexandra AUDEMARD-VERGER, Maître de Conférences des Universités Praticien Hospitalier.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail. J'espère qu'il rendra justice aux valeurs communes que nous portons.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Laurent BRECHAT, Médecin Généraliste

Je vous remercie de faire partie de ce jury de thèse. Votre présence était très importante pour moi, tant j'admire votre engagement pour notre spécialité et votre implication dans ce territoire de santé qui m'est cher.

Veillez trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Antoine PORNIN, Médecin Urgentiste, Praticien Hospitalier

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te remercie de toute ta bienveillance et du temps que tu as accordé à me former pour que je devienne le professionnel que je suis aujourd'hui. Ta présence dans ce jury est aussi celle de tous nos collègues des urgences, de ce service qui m'a tant apporté.

Encore une fois, merci.

Madame le Docteur Olivia GROSDMANGE, Médecin généraliste, Praticien Hospitalier

Olivia. Comment résumer toute ma gratitude en quelques lignes. Je suis admiratif de ton professionnalisme et de ton engagement dans les projets que tu entreprends. Tu es un mentor, et maintenant une amie. Je te remercie du plus profond de mon coeur pour ton investissement, ta réactivité, ta disponibilité et ton soutien infaillible tout au long de ce travail.

Tout simplement, merci.

À ma famille,

À mes parents, pour leur soutien et leur fierté pendant ces longues années d'études. Merci de m'avoir transmis la passion de la médecine et les valeurs humaines indispensables qui accompagnent sa pratique.

À ma mère, mon modèle.

À mon père, pour son admiration.

À ma grand-mère, devant qui je suis si fier de présenter ce travail.

À mon frère, que j'admire tant, comme lorsque nous étions enfants.

À mes amis,

À mon QG, mes bg, ma deuxième famille que j'aime tant.

À Pierre, Pauline et Amélie, qui me connaissent mieux que quiconque. Merci d'être à mes côtés depuis si longtemps.

À Lucile, Alice, Léa, et Marie, pour tous ces souvenirs et ceux à venir.

À Akhéane, pour l'aide incroyable que tu m'as apporté et tout le reste.

À Sandra, sans qui je ne serais pas où je suis aujourd'hui. Tout sais tout l'admiration que j'ai pour toi.

À Audrey, qui a illuminé ce parcours de son sourire.

Merci à chacun de vous de m'inspirer, de me faire rire et de m'avoir porté tout au long de ces années difficiles. Je n'aurais jamais pu réussir sans votre amour et votre bienveillance. J'éprouve tant de fierté à regarder en arrière, à repenser à tous ces moments de vie si forts qui font qu'elle vaut la peine d'être vécue. Je ne pourrai jamais vous en remercier assez.

À mon amour, Jérémy

Merci d'être là, merci d'être toi.

Tout cela n'aurait pas été possible sans ton soutien et ton amour.

Comment tu l'as si bien dit, tu es ma plus belle rencontre.

Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	16
I. Contexte général	16
A. L'évolution démographique de la population française : la transition épidémiologique	16
B. Rôles attendus du médecin traitant	16
C. L'évolution démographique des médecins généralistes	17
D. La médecine polyvalente et son champ d'activité	18
II. À l'échelle locale	20
A. Le bassin de population du Pays Chinonais	20
B. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de La Rabelaisie	21
C. Le Centre Hospitalier du Chinonais	22
1. Présentation générale	22
2. Le service de médecine polyvalente	22
III. Problématisation	24
A. Une coordination Ville-Hôpital à optimiser	24
B. Le virage ambulatoire	24
C. Objectif de l'étude	26
DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL & MÉTHODES	27
I. Choix du type d'étude	27
II. Population de l'étude	27
A. Échantillonnage raisonné	27
B. Population étudiée	28
III. Modalité du recueil des données	28
IV. Analyse des données	29
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS	30
I. Caractéristiques de la population étudiée	30
II. Justifications et freins face à la mise en place de consultations de médecine polyvalente	31
A. La recherche d'une meilleure qualité de vie des médecins généralistes	31
B. Un risque de désinvestissement face aux situations complexes	31
1. Le manque de reconnaissance financière	31
2. De par la notion même de « complexité »	32
C. Le choix du format ambulatoire	32
1. Un manque de place certain à l'Hôpital	32
2. Une solution préférable à l'hospitalisation complète... ..	32
3. ... qui présente malgré tout des limites	33
a. Le refus du patient	33

b.	La problématique du transport et de l'accessibilité à l'Hôpital	33
c.	La représentation culturelle négative de l'Hôpital	34
d.	La limite du temps d'une consultation	34
D.	Un travail de définition essentiel	35
1.	Un accueil mitigé du dispositif... ..	35
2.	qui nécessite la définition d'un champ d'application clair	35
III.	Les profils de patients éligibles à la consultation de médecine polyvalente	36
A.	Définir une situation complexe	36
1.	Une situation d'incertitude pour le médecin généraliste	36
2.	Une situation qui nécessite une réponse ou une prise en charge rapide	37
B.	Les critères de complexité	38
1.	La poly-pathologie : une association de maladies chroniques épineuse	38
2.	La population gériatrique	38
a.	Les patients âgés	38
b.	Les troubles cognitifs : une difficulté surajoutée	39
3.	La notion de fragilité, à tout âge	40
IV.	Les objectifs de prise en charge des patients éligibles à la consultation	41
A.	Un travail d'anticipation	41
1.	Anticiper et prévenir les complications des maladies chroniques	41
2.	Évaluer la iatrogénie : la conciliation médicamenteuse	41
3.	Repérer et prendre en charge les fragilités	42
4.	Aborder la question du devenir	43
a.	Anticiper et optimiser le maintien au domicile	43
b.	Apporter une réflexion éthique dans la prise en charge	44
B.	La prise de décision partagée avec le médecin traitant	45
1.	Réaliser un travail de synthèse	45
2.	Rassurer et orienter face à l'incertitude	46
3.	Échanger pour mieux prendre en charge	46
C.	Un rôle logistique	47
1.	Un tremplin potentiel vers une hospitalisation programmée	47
2.	La réévaluation post-hospitalisation	48
3.	Assurer un suivi	49
V.	Les outils nécessaires au déploiement d'une consultation de médecine polyvalente	50
A.	Un fonctionnement en équipe plébiscité	50
1.	Une pluridisciplinarité indispensable	50
2.	Le support hospitalier au service de la prise en charge	52
3.	La mobilité au domicile	53
B.	Créer du réseau : renforcer le lien entre les différents acteurs de la prise en charge	54
1.	Connaître et promouvoir les filières de soins du territoire	54
2.	Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires de dossiers complexes	56
3.	Améliorer la connaissance mutuelle des différents acteurs de la prise en charge	59
C.	Une communication optimisée au service de la prise en charge	60
1.	Les fondements d'une communication efficace	60
2.	Les supports de communication à privilégier	61
3.	Inclure les aidants	64

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION.....page 66

I. Forces et limites de l'étude	66
A. Forces de l'étude	66
1. Force méthodologique principale	66
2. Sujet de l'étude	66
B. Limites de l'étude	66
1. S'approprier la méthode qualitative	66
2. Biais de sélection	67
3. Biais de mémoire	67
4. Biais d'indexation	67
II. Des résultats encourageants pour les défis de demain	68
A. S'adapter à l'évolution de la pratique de la médecine	68
1. Recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle	68
2. Manque de reconnaissance financière du temps investi	69
B. Faire face à la transition épidémiologique	70
1. Préciser la définition des profils de patient	70
2. Améliorer la prise en charge des patients âgés polypathologiques	72
3. Sécuriser le maintien à domicile	76
C. Poursuivre l'engagement dans le virage ambulatoire	77
1. Historique et objectifs du virage ambulatoire	77
2. Développer et promouvoir les filières de soin du patient polypathologique	78
D. Renforcer davantage le lien Ville-Hôpital	81
1. Se connaître pour échanger et construire des projets communs	81
2. Améliorer la communication Ville-Hôpital	83
III. Perspectives	85

CONCLUSIONpage 86

BIBLIOGRAPHIEpage 87

ANNEXESpage 94

I. Annexe 1 : Guide d'entretien	94
II. Annexe 2 : Retranscriptions des entretiens	96
III. Annexe 3 : Dépistage de la fragilité en pratique ambulatoire	151
IV. Annexe 4 : Tableau P.M.S.A	152
V. Annexe 5 : Document de liaison d'urgence au domicile (DLU-dom)	153

INTRODUCTION

I. Contexte général

A. L'évolution démographique de la population française : la transition épidémiologique

À ce jour, la population française vieillit. En 2022, 9% de la population est âgée de plus de 75 ans. En 2052, ce chiffre s'élèvera à 16%. [1]

On estime qu'en 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans. [2]

En parallèle, l'espérance de vie s'allonge. À la naissance, une femme peut espérer vivre en moyenne 85,4 ans contre 79,3 ans pour un homme. À 65 ans, l'espérance de vie (sexes confondus) est en moyenne de 21,4 ans. [3]

Ainsi, ces deux phénomènes entraînent une modification du profil des patients dans le paysage médical français et sont responsables d'une augmentation des patients poly-pathologiques et gériatriques à prendre en charge : on parle de transition épidémiologique.

En effet la poly-pathologie, définie comme la co-occurrence d'au moins deux maladies chroniques selon la HAS [4], concerne 6,5 millions de personnes en France. Au détail, elle concerne 3% des 45-64 ans, 8% des 65-74% et 21% des patients âgés de plus de 75 ans. [1]

B. Rôles et attendus du médecin traitant

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) de 2009 a eu pour volonté de placer le médecin traitant au centre de notre système de soin. Selon l'article L. 4130-1, le « médecin généraliste de premier recours » a pour rôle [5] :

- De participer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant des missions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi des maladies ainsi que d'éducation en santé ;
- D'orienter les patients dans le système de soin (et le secteur médico-social) ;
- De coordonner les soins de ses patients ;
- De veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations ainsi que d'assurer le suivi pour les patients atteints de maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient
- De synthétiser les informations relatives à ses patients ;

C. L'évolution démographique des médecins généralistes

La multiplicité des missions du médecin généraliste prouve la polyvalence de ses connaissances et compétences pour s'adapter à chaque patient, jour après jour. Cependant, au même titre que la démographie française évolue, la démographie des médecins généralistes évolue elle aussi : diminution du nombre de médecins ; vieillissement de la population médicale ; et féminisation de la profession.

On dénombre 84.133 médecins généralistes inscrits à l'Ordre National des Médecins au 1er janvier 2022, ce qui représente une diminution de 11% des effectifs depuis 2010. [6]

Et les prévisions sont sombres : jusqu'en 2025, on prévoit une poursuite de la diminution du nombre de médecins généralistes selon le même rythme (environ 1% par an). La densité médiane de médecins généralistes pour 100.000 habitants est de 121,7, et tend elle aussi à diminuer jusqu'en 2025, alors même que les promotions universitaires ne cessent d'augmenter.

La moyenne d'âge des médecins généralistes installés en 2021 est de 50 ans, contre 49,9 l'année précédente. 27% des médecins généralistes ont plus de 60 ans en France.

Au 1er janvier 2022, les femmes représentent 52,5% des médecins généralistes en activité régulière. On remarque une féminisation de la profession. Elles représentent jusqu'à 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans.

Ce processus est global et concerne toutes les spécialités : 44,6% des médecins inscrits en 2021 sont des femmes, contre 38,2% en 2010.

Le changement générationnel marque un tournant dans l'exercice de la médecine générale. En effet, il s'accompagne d'une modification des pratiques [7] :

- Diminution des installations en secteur libéral (attire pour le salariat) ;
- Exercice complémentaire dominant l'exercice de la médecine générale classique ;
- Début d'activité professionnelle un peu plus tardive ;
- Interruptions d'exercice longues (> 3 mois) plus fréquentes ;
- Moindre moyenne d'heures hebdomadaires travaillées (environ 12h/semaine de différence entre femmes et hommes) ;
- Moindre nombre de demi-journées travaillées par semaine ;
- Moindre nombre de consultations hebdomadaires réalisées ;
- Et moindre nombre de semaines travaillées dans l'année.

On observe donc une diminution de l'offre de soin primaire qui est multi-factorielle. Comme il est décrit ci-dessus, cette diminution est principalement marquée par le non-remplacement des médecins partant en retraite et l'évolution des pratiques.

Ces facteurs sont à prendre en considération, et concernent les deux sexes, comme la diminution des médecins exerçant une activité à temps plein et l'attrait pour le salariat notamment. [8]

Dans ce contexte, les hôpitaux de proximité jouent un rôle dans le soutien des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs patients poly-pathologiques en cas de décompensation et/ou de difficulté du maintien à domicile.

D. La médecine polyvalente et son champ d'activité

La médecine polyvalente est l'une des discipline hospitalière centrale du patient atteint de maladies chroniques, poly-pathologique et/ou âgé. Selon la S.F.M.P (Société Française de Médecine Polyvalente), elle est : « *une activité médicale à part entière et spécifique, exercée exclusivement dans un établissement de santé et qui consiste en la prise en charge globale, dans les domaines medico-psychologiques ou médico-sociaux, des personnes adultes et souvent polypathologiques et/ou poly-défaillants. Elle se situe au carrefour des connaissances et de l'exercice de la plupart des spécialités médicales, tout au moins dans les pathologies les plus fréquentes* ». [9]

L'évolution démographique de la population et l'évolution des besoins en santé entraînent un développement notable de la médecine polyvalente hospitalière. Selon la FHF (Fédération Hospitalière Française), on dénombrait 3500 praticiens exerçant la médecine polyvalente en France en 2015. [10]

Ces praticiens se répartissent en différentes spécialités : gériatres, internistes, et médecins polyvalents représentés pour la plupart par des médecins généralistes exerçant à l'hôpital.

En effet, en 2018, les médecins généralistes représentent entre 35 et 55% des médecins intervenant dans les hôpitaux de proximité. [11]

Ces médecins revendiquent le développement de liens étroits entre médecine de ville et médecine polyvalente hospitalière. D'ailleurs, une partie d'entre eux (25 à 43%) effectuent en parallèle une activité libérale ou mixte. [11]

La médecine polyvalente englobe une offre de soins large : [12]

- Services de médecine polyvalente aiguë dans lesquels les patients sont principalement orientés après un passage aux urgences ;
- Services de SSR (Soins de Suites et Réadaptation) ;
- Services de Chirurgie ou de spécialité d'organe (conséquence de l'hyper-spécialisation qui limite la prise en charge des problèmes médicaux ne relevant pas précisément de la spécialité du service)
- Intervention au sein des établissements spécialisés en psychiatrie.

Son développement semble si important que le député M.Grelier a proposé en octobre 2018 la création d'un DES de médecine polyvalente, avec comme objectifs de formation la prise en charge et l'accompagnement :

- Des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) ;
- Des patients en fin de vie ;
- Des patients nécessitant une prise en charge globale médicale, psychologique et sociale ;
- Ainsi que la formation à l'organisation du retour ou aux modalités du maintien à domicile de certains patients.

Cette proposition fut rejetée, mais l'importance de la formation des futurs médecins à la médecine polyvalente est actée par la création d'une F.S.T (Formation Spécialisée Transversale) de médecine polyvalente hospitalière, à destination des internes de médecine générale notamment.

[12]

II. À l'échelle locale

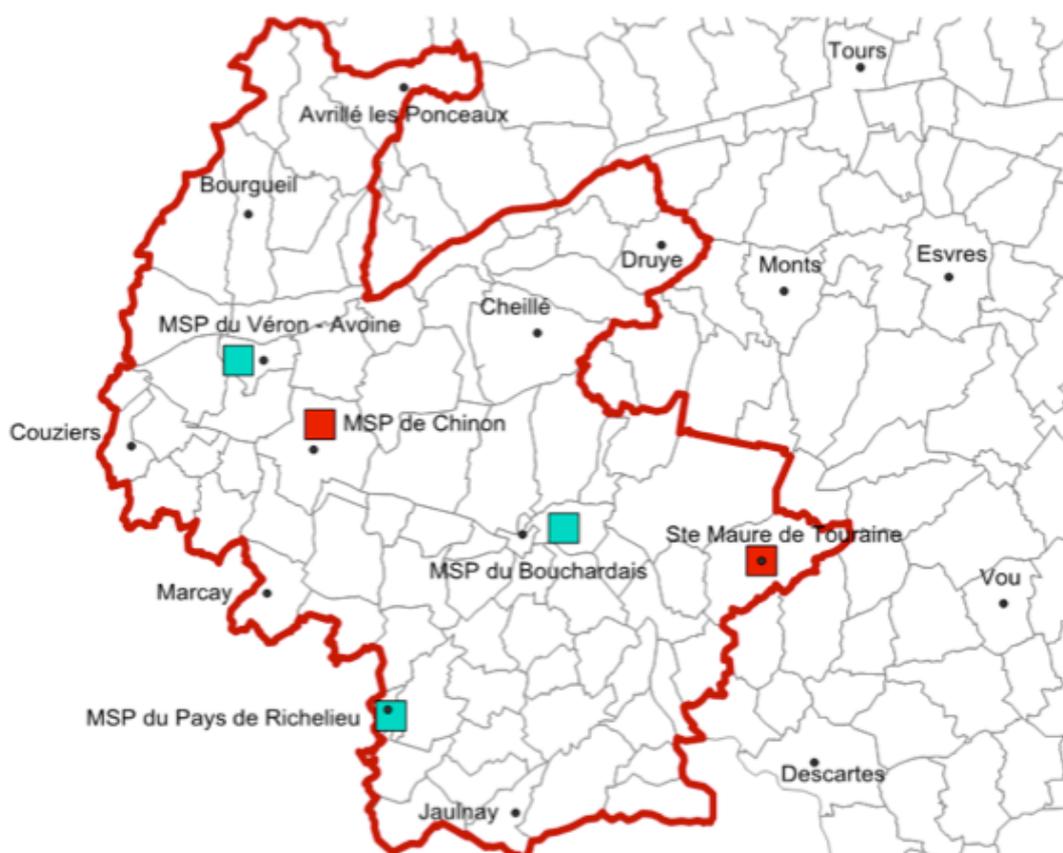
A. Le bassin de population du Pays Chinonais

Le bassin de population d'intérêt de l'Hôpital François Rabelais correspond, en majeure partie, au territoire géographique du Pays Chinonais.

Celui-ci représente un territoire de 1105,8km² situé au sud-ouest du département de l'Indre-et-Loire, en limite du Maine-et-Loire et de la Vienne. Ce bassin de vie s'articule autour de différents pôles urbains : Chinon (le principal), l'île Bouchard, Richelieu et Sainte-Maure-de-Touraine.

Cette organisation en « Pays » a pour objectif de coordonner des missions dans les domaines de l'aménagement du territoire, de l'environnement, de la santé publique, de l'économie, du tourisme et du développement local. [13]

Néanmoins, la population d'intérêt de l'Hôpital François Rabelais est un peu plus vaste que le Pays Chinonais seul. En effet, son influence s'étend également au nord de la Loire autour de la ville de Bourgueil, en témoigne la définition du territoire de la CPTS de la Rabelaisie (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) qui s'étend quant à lui sur 1524km² en comprenant le Bourgueillois. [14]



Carte du territoire de la CPTS de la Rabelaisie [14]

La population du pays Chinonais est une population vieillissante en comparaison au reste de l'Indre-et-Loire et de la région Centre.

Selon l'INSEE en 2017, les 60-74 ans représentaient 19,9% de la population et les 75 ans et plus représentaient 12,9% de la population, soit plus de 2% de moyenne supplémentaire en comparaison au département et à la région. [13]

De plus, l'analyse de la mortalité montre logiquement elle-aussi une surmortalité dans le Pays Chinonais par rapport au reste du département ou de la région.

On dénombre entre 50 et 60 médecins généralistes sur le territoire de la C.P.T.S. Cette population est vieillissante elle-aussi car environ 34% de ces praticiens ont plus de 60 ans (contre 25% en moyenne en Indre-et-Loire).

B. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (C.P.T.S) de la Rabelaisie

Pour répondre aux défis de prise en charge d'une population vieillissante, dans un contexte de modification démographique et d'exercice des omnipraticiens, la C.P.T.S de la Rabelaisie a été créée en février 2018. Cette communauté de professionnels médicaux et paramédicaux a pour objectifs principaux [13] [14] :

- D'améliorer les relations inter-professionnelles des acteurs de santé du territoire ;
- De permettre aux populations un accès aux soins de proximité et de qualité ;
- De former de nouveaux professionnels de santé ;
- De favoriser une formation professionnelle inter-disciplinaire sur le territoire ;
- Et de mettre en commun les moyens et les tâches dans le cadre des soins de proximité.

Cette création rentre dans le cadre d'une dynamique nationale. En effet, l'amélioration du parcours de santé des patients et l'engagement pour la continuité et la qualité des soins est une priorité de santé publique.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la création des CPTS précise que l'objectif est de « modifier les logiques de prise en charge des patients et des populations ». [15]

Ainsi, les grandes orientations sont les suivantes :

- Optimiser le retour et le maintien au domicile, et prioriser les soins en ambulatoire ;
- S'adapter à l'évolution des pathologies (à ce jour plutôt chroniques qu'aiguës) ;
- Et redonner de l'attractivité aux territoires de santé pour les professionnels.

C. Le Centre Hospitalier du Chinonais

1. Présentation générale

Le Centre Hospitalier du Chinonais est un groupement de plusieurs structures médicales et sociales au sein duquel se trouve l'Hôpital François Rabelais, notre établissement d'intérêt pour ce travail.

Ses origines remontent à 1956, date de l'inauguration de l'hôpital américain fondé par l'US Army sur le site de Saint-Benoît-La-Forêt en Indre-et-Loire (37).

En 1966, du fait du départ des forces américaines, le CHRU de Tours fait la demande de cession des infrastructures hospitalières en place. Suite à un accord financier, la cession est actée et en mars 1969 les premiers patients sont accueillis sur le site.

Initialement, l'hôpital de Saint-Benoît concentre son activité sur la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la rééducation fonctionnelle et le moyen séjour.

À la fin des années 70, il diversifie son activité pour développer des lits de chirurgie ainsi qu'une maternité et un service de radiologie. Au début des années 80, il poursuit sa diversification et ouvre un secteur de médecine aiguë en relai de l'hôpital Saint-Michel de Chinon (situé à quelques kilomètres).

Actuellement, il comprend des services de : médecine polyvalente (47 lits), court séjour gériatrique (24 lits), soins de suite et réadaptation (70 lits), urgences et UHCD, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie (137 lits), et maternité-gynécologie (15 lits).

Le Centre Hospitalier du Chinonais regroupe : l'hôpital François Rabelais, une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), un EHPAD, une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et des structures d'accueil de psychiatrie extérieures. Il est adossé à la Clinique Jeanne d'Arc qui propose de la chirurgie et de la radiologie.

Depuis 1993 (date de son autonomie du CHRU de Tours) et jusqu'à ce jour, l'Hôpital François Rabelais s'inscrit au sein d'un véritable pôle de santé afin de proposer une offre de soin complète répondant aux besoins de la population d'intérêt représentant environ 85.000 habitants. [16]

2. Le service de médecine polyvalente

Le service de médecine est un service polyvalent de proximité de 47 lits. [17]

L'objectif est de fournir à la population des soins médicaux de qualité gradués dans les limites des possibilités de la structure.

Celui-ci se compose de deux unités, A et B, accueillant des patients adultes souffrant :

- De pathologies infectieuses (25% de l'activité en moyenne)
- D'évènements cardiovasculaires aigus (environ 15% de l'activité)
- De pathologies neurovasculaires (environ 10% de l'activité)
- De pathologies gastro-entérologiques (10% de l'activité)
- D'évènements pulmonaires aigus (environ 5% de l'activité)
- De pathologies néoplasiques : découverte, bilan ou complication (environ 4% de l'activité)
- Ou de problématiques gériatriques aiguës ou sub-aiguës

Nous noterons l'association très fréquente de différentes problématiques. De plus, le service a une reconnaissance de 5 lits identifiés soins palliatifs (LISP) : cela représente 7% de l'activité. [18]

On dénombre 1521 séjours du 1er janvier 2022 au 30 mars 2023. [18]

Les entrées dans le service proviennent principalement du service des urgences du Centre Hospitalier de Chinon. Les entrées directes sont également possibles (227 sur la période étudiée). Elles proviennent soit de l'extérieur, soit d'autres structures hospitalières, notamment pour les problématiques de suite de prise en charge aiguë (USIC, réanimation, USC, ou services de spécialité médicale du CHU de Tours), de soins palliatifs, ou de transfusion itérative.

61% des patients rentrent à domicile. Les autres sont ré-orientés vers d'autres services ou adressés en soins de suites et réadaptation (SSR).

On compte 298 ré-hospitalisations sur la période étudiée soit 19,6% des séjours, au sein desquels 71% sont des ré-hospitalisations dans les 3 mois suivants la sortie.

En terme d'âge, le recrutement des patients est le suivant : [moins de 50 ans] : 5,8% des séjours ; [50-74 ans] : 37,6% des séjours ; [plus de 75 ans] : 56,8%.

En résumé, il s'agit d'un service polyvalent de proximité, qui a un recrutement principalement post-urgence de patients majoritairement gériatriques, une orientation cohérente dans le cadre d'une population chinonaise vieillissante.

III. Problématisation

A. Une coordination Ville-Hôpital à optimiser

Au long des dernières décennies, les progrès techniques et scientifiques ont fait naître une aire de sur-spécialisation. A l'heure où la population est vieillissante et polypathologique, les progrès de la médecine doivent s'accompagner d'une prise en charge globale médicale, paramédicale et sociale ; c'est-à-dire multiple, pluridisciplinaire et centrée sur le patient.

Les services de médecine polyvalente ont donc un rôle central au sein de leur territoire de santé. Mais l'optimisation du parcours de soins des patients porteurs de maladies chroniques, polypathologiques et/ou âgés est, elle, dépendante d'une bonne coordination ville-hôpital.

L'Hôpital et la Ville sont trop souvent mis en opposition. Ainsi, les différentes lois de santé publique s'inscrivent dans une politique de décloisonnement. [19]

Tout d'abord la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) en 2008 avec la création des ARS qui se charge à la fois de l'offre de soins hospitalière et des soins de ville ; et l'introduction des notions de coordination entre les hôpitaux, les médecins de ville et le secteur médico-social.

Ensuite la loi de Modernisation de Notre Système de Santé du 26 janvier 2016, qui développe la notion de parcours. Elle écarte ainsi la vision sectorisée des différentes étapes de la prise en charge (soins hospitaliers, soins de ville, etc).

Enfin, la stratégie nationale de santé 2018-2022 définie par le Ministère des Solidarités et de la Santé évoque de façon explicite le développement de la coordination Ville-Hôpital.

Malgré cela, d'après une enquête de 2018, 65% des praticiens et 90% des directeurs d'établissement s'accordent sur le fait que la coordination du parcours de soins des patients n'est pas optimale, chiffre en augmentation constante depuis 2015. [20]

Devant ce constat alarmant, la FHF (Fédération Hospitalière de France) a émis en mars 2018 des propositions afin de renforcer le lien ville-hôpital. L'objectif global est la poursuite de l'ouverture des relations entre la ville et l'hôpital en déverrouillant les blocages encore présents par le dialogue, la confiance, le respect, la coordination et la co-construction de projets communs centrés sur le patient.

B. Le virage ambulatoire

Conséquence de la transition épidémiologique et des contraintes économiques, les politiques de santé publique s'engagent dans le « virage ambulatoire ». C'est-à-dire, la réalisation de soins auparavant réalisés en hospitalisation, et maintenant en consultation (ville, hôpital, hospitalisation de jour).

La promotion du système hospitalier des années 60 qui prône l' « hospitalo-centrisme » paraît inadapté aujourd'hui, pour preuve, deux témoins [15] : le glissement d'une partie des soins non programmés vers les services d'urgences (environ 40% des passages aux urgences auraient pu être gérés en ambulatoire selon la DREES) ; et la persistance de la segmentation entre les soins hospitaliers et les soins de ville.

Ce système atteint ses limites et il convient désormais de proposer une prise en charge qui répond aux attentes des patients en permettant un retour rapide à une vie normale et en diminuant le retentissement des hospitalisations sur l'état général et/ou l'autonomie.

Le virage ambulatoire modifie la place des séjours hospitaliers dans le parcours de soins. Ces séjours sont moins nombreux et de plus en plus courts. Ils voient s'intensifier la charge en soins de ces patients pendant l'hospitalisation, de plus en plus complexes et de plus en plus lourds. [11]

A ce jour, cette dynamique se précise mais l'on voit en parallèle l'émergence de nouvelles problématiques. Notamment celle des « bed blockers » qui sont des situations dans lesquelles des patients, dont les problèmes purement médicaux sont résolus en quelques jours, restent hospitalisés de nombreuses semaines du fait d'obstacles médico-sociaux ou socio-juridiques, voire purement sociaux.

De ce fait, la synchronisation et la complémentarité des actions des intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux autour des patients doivent être optimales et anticipées.

Le médecin traitant est l'acteur central du virage ambulatoire. Il lui est demandé d'insister sur les points suivants :

- Limiter les hospitalisations lorsqu'elles peuvent être évitées, ainsi que leur durée, par la recherche de solutions alternatives ;
- Éviter les passages aux urgences en diminuant les facteurs de risque d'hospitalisation (dénutrition, iatrogénie, dépression et chutes) ;
- Diminuer les ré-hospitalisations en améliorant l'organisation du retour à domicile après hospitalisation ainsi que le partage et les échanges d'information entre professionnels ;
- Gérer le suivi à domicile en sortie d'hospitalisation ;
- Maintenir autant que possible la personne à domicile et maintenir les aidants.

La prise en charge de ces patients lourds et complexes repose sur le médecin traitant, bien qu'il n'en soit pas le seul acteur. Le lien entre ville et hôpital est un maillon central du parcours de soins. Cette coordination, largement reconnue imparfaite, nécessite d'être améliorée.

C. Objectif de l'étude

Le médecin traitant doit-il agir seul ?

La complexité des prises en charge, qui va s'accroître dans les années à venir du fait de la transition épidémiologique, n'est-elle pas trop importante pour lui seul ?

Doit-il être le seul acteur médical de la coordination du suivi du patient porteur de maladie chronique à risque de décompensation, polypathologique et/ou âgé ?

Les praticiens hospitaliers des hôpitaux de proximité ne peuvent-ils pas devenir un appui à la coordination de ces patients pour le médecin traitant ?

Afin d'améliorer la coordination ville-hôpital, la mise en place de consultations externes de médecine polyvalente, en appui et soutien au médecin traitant, pourrait être un moyen de consolider la relation ville-hôpital dans l'ère du virage ambulatoire dans l'intérêt du patient.

Suite à ce constat, et en adéquation avec les objectifs de la CPTS de la Rabelaisie ainsi que des missions du Contrat Local de Santé du Pays Chinonais, nous avons décidé de mener cette étude d'évaluation de l'intérêt de la mise en place de consultations de médecine polyvalente au CH du Chinonais pour la pratique des médecins généralistes de la Rabelaisie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

I. Choix du type d'étude

Pour répondre à notre problématique, nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative.

En effet, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou mesurer (ce qui correspond davantage aux études quantitatives) mais vise plutôt l'étude de facteurs subjectifs (sentiments, comportements, expériences personnelles, pratiques, l'expression des besoins ...) au travers de l'expression verbale.

Son utilisation reste relativement récente pour la recherche en soins primaires. Le terme de « recherche qualitative » est référencé comme terme MeSH (Medical Subject Heading - qui correspond à une base de données de nomenclature des sciences de la vie) seulement depuis 2003.

Elle permet une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. [21] [22]

II. Population de l'étude

A. Échantillonnage raisonné

En recherche qualitative, il convient de réaliser un échantillonnage utile, dit « raisonné », qui s'oppose à l'échantillonnage aléatoire (ou représentatif) des études quantitatives. [23] L'échantillon, par sa diversité, doit servir la recherche de réponses diversifiées à la question posée.

L'échantillonnage se fait de façon inductive, guidé par l'exploration de données recherchées selon certaines caractéristiques, et selon les données des entretiens réalisés auparavant.

Dans notre étude, nous avons sélectionné les trois premiers participants de l'étude selon certains critères : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et selon l'exercice en MSP (maison de santé pluridisciplinaire) ou non. Ensuite, l'échantillonnage s'est poursuivi comme précisé précédemment, guidé par les données recueillies au sein des trois premiers entretiens.

B. La population étudiée

Cet échantillon a été réalisé au sein des médecins généralistes installés exerçant sur le territoire de la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) de la Rabelaisie, selon la méthode précisée ci-dessus.

Sur ce large territoire on dénombre environ 60 médecins généralistes installés.

III. Modalités du recueil de données

Dans l'optique d'une libre expression verbale, nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels semi-dirigés permettant d'explorer les ressentis des personnes interrogées avec plus de profondeur. [24]

Ces entretiens s'opposent aux entretiens dirigés par la formulation des questions, qui est plutôt ouverte.

Les entretiens individuels de notre étude ont été guidés par six questions autour du sujet et une synthèse de l'entretien (guide d'entretien disponible en annexe).

L'intégralité des sept points ont été abordés avec chaque médecin, mais l'ordre des questions n'était pas forcément le même d'un entretien à l'autre. En effet, le chercheur se laisse porter par les propos de son interlocuteur et réagit en fonction des sujets abordés. Des questions annexes pour insister sur certains points ont également été posées naturellement au cours des discussions.

Une grande partie des entretiens ont été réalisés dans les cabinets d'exercice des médecins généralistes (pour sept d'entre eux) ou au domicile des autres (pour 2 d'entre eux) ; pour des raisons pratiques selon l'organisation du temps de travail de ces-derniers.

Les enregistrements audio ont été réalisés à l'aide d'un smartphone.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement manuellement et anonymisés pour l'analyse des données (retranscriptions disponibles également en annexe). Ces données écrites forment le *verbatim*.

Un consentement oral concernant l'enregistrement, la retranscription et l'exploitation des données a été recueilli au début de chaque entrevue.

Le recueil des données a été arrêté à l'issue de 9 entretiens car arrivé à suffisance et saturation des données.

La suffisance est le sentiment intuitif du chercheur exprimant le fait que le phénomène étudié a été suffisamment décrit et caractérisé. [23]

La saturation des données complète la suffisance (notamment dans l'approche par théorisation ancrée). Elle traduit le fait qu'il n'émerge plus de nouveau concept du verbatim de l'analyse des entretiens : le modèle explicatif paraît complet.

IV. Analyse des données

L'analyse des données est inspirée de la « grounded theory » ou « approche par théorisation ancrée ». [22] [23]

Cette technique d'analyse correspond à un codage ouvert des retranscriptions des entretiens. Plusieurs lectures sont nécessaires à ce codage.

La première étape permet une familiarisation avec les *verbatim*.

La seconde marque le début de l'analyse des données. Le chercheur sélectionne des extraits des *verbatim* pour les identifier sous forme de mots clefs : des étiquettes.

Les lectures suivantes permettent de préciser cette caractérisation pour aller trouver un sens plus large et plus général au phénomène repéré : le chercheur forme alors des propriétés.

Enfin, les différents concepts obtenus au cours de chaque entretiens sont confrontés les uns aux autres et regroupés par ressemblance aboutissant à la formation de catégories.

En parallèle de l'analyse faite par le chercheur, l'ensemble de ce travail a bénéficié d'une triangulation. Elle correspond à une confrontation des résultats d'analyse de deux chercheurs : le thésard et le Dr Grosdemange, directrice du travail de thèse. Seuls les éléments communs retrouvés dans l'analyse des entretiens sont conservés pour l'analyse finale. Elle est gage de robustesse de l'analyse et permet de préciser davantage de le phénomène étudié.

Enfin, après analyse et triangulation, une théorie explicative appuyée par les données relevées se dessine.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

Le recrutement et les enregistrements des entretiens se sont tenus du 07 décembre 2022 au 11 mai 2023. Neuf médecins généralistes du territoire de la CPTS de la Rabelaisie ont été interrogés au total.

Cinq d'entre eux étaient des hommes, quatre étaient des femmes; soit un rapport d'environ 1. La répartition géographique était assez variée, du nord au sud, comme de l'est à l'ouest du territoire.

Six des neufs médecins interrogés exercent la médecine générale en zone rurale. À l'inverse, trois d'entre eux exercent dans un « pôle urbain » structurant ou secondaire (définis dans le Contrat Local de Santé du Pays Chinonais) [2]. Ainsi, l'exercice rural prédomine selon un rapport de 2 pour 3.

L'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) semblait être la norme : sept des neufs médecins généralistes interrogés étaient installés au sein de ces dispositifs.

Concernant la durée d'installation, le médecin généraliste le plus fraîchement installé ne l'était que depuis 6 mois, contre 37 ans pour le doyen. La moyenne de la durée d'installation des neufs médecins interrogés était de 12 ans et 4 mois.

Enfin, l'entretien le plus court a duré de 10 minutes et 04 secondes. Le plus long, lui, durait 26 minutes et 12 secondes. La durée moyenne des neufs entretiens était de 19 minutes et 42 secondes.

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population étudiée

Numéro	Localisation dans la CPTS	Sexe	Type d'exercice	MSP	Durée d'installation	Durée de l'entretien
M1	Nord-Ouest	M	Rural	Non	10 ans	12min10s
M2	Sud-Ouest	F	Pôle Urbain	Oui	6 mois	10min04s
M3	Nord	M	Rural	Oui	5 ans	26min12s
M4	Nord	M	Rural	Oui	1 an	23m03s
M5	Centre	M	Pôle Urbain	Oui	37 ans	16min34s
M6	Nord-Est	F	Rural	Oui	9 ans	24min44s
M7	Nord-Ouest	F	Rural	Non	13 ans	15min53s
M8	Est	F	Rural	Oui	4 ans 1/2	22min24s
M9	Centre	M	Pôle Urbain	Oui	31 ans	26m06s

II. Justifications et freins face à la mise en place de consultations de médecine polyvalente

A. La recherche d'une meilleure qualité de vie des médecins généralistes

La pratique de la médecine vit un **changement de paradigme** avec la nouvelle génération de médecin. Ce changement est global, il ne concerne pas seulement la médecine générale. La pratique libérale et le nombre de médecins concernés rend le changement d'autant plus visible dans cette spécialité. Une majorité de médecin cherche désormais un confort de vie personnelle. Cela se caractérise par une **diminution du temps investi dans l'exercice de la médecine**, comme deux des médecins l'ont remarqué, et une optimisation de ce temps (délégation de tâche notamment).

M5 : « C'est extrêmement chronophage... voilà c'est tout. Après je fais partie d'une génération on où ne comptait pas le temps. Voilà... »

M9 : « Moi je suis d'une génération de médecin où en fait on a appris à toujours faire tout seul avec les soignants qui gravitent autour de nous. Et on a tout le temps été habitué à gérer les patients depuis 30 ans en bricolant [...] alors qu'en fait on a des ressources qu'on ne connaît pas. Les jeunes qui arrivent, ça ils ont compris. Parce que c'est beaucoup moins envahissant, qu'on peut faire d'autres choses mais moi j'ai du mal à lâcher cette main... voilà »

Grâce à la collaboration entre le praticien hospitalier et le médecin de ville, le temps et l'énergie du médecin généraliste impartis pour la gestion d'une situation complexe pourraient être optimisés.

B. Un risque de désinvestissement face aux situations complexes

1. Le manque de reconnaissance financière

Deux des médecins interrogés ont soulevé le manque de reconnaissance financière lorsque le temps investi pour une prise en charge est important.

M4 :

« Et maintenant je vais être clair et net, et je pense pas qu'il y aura un de mes collègues qui sera contre moi : aujourd'hui si tu passes une heure avec un patient, tu gagnes pas ta vie hein... à ce moment-là fallait faire autre chose hein.

Les risques qu'on prend, les années d'étude qu'on fait, si tu te retrouve avec 1500 euros par mois ou admettons 2000, faut pas déconner quoi, il faut un minimum quoi. »

M6 :

« Après le gros problème de ça c'est la rémunération. Parce que ce serait du temps non rémunéré et je pense que c'est ça qui freine peut être... parce qu'on est toujours à la course à la consultation alors qu'il nous faudrait 2h de temps dans la journée pour faire ces trucs là. Pour s'y retrouver financièrement. »

L'un des médecins interrogé y trouve une réponse qui serait la **fonctionnarisation des médecins généralistes**.

M3 : « la fonctionnarisation des médecins généralistes. Moi je pense qu'on est la base du système de santé et je ne serais pas choqué qu'on soit tous des salariés de l'assurance maladie [...]. Ça c'est mon point de vue. »

2. De par la notion même de « complexité »

Le médecin généraliste peut être mis **face à ses propres limites** : manque de connaissance, limite de moyen, incertitude... En effet, une situation que l'on ne maîtrise pas et pour laquelle on ne trouve pas de solution peut mener au désinvestissement.

M6 : « Quand on patauge, on n'a plus envie de s'y plonger quoi ».

C. Le choix du format ambulatoire

Divers arguments ont été avancés pour justifier le choix du format de consultation. Dans l'air du virage ambulatoire, cela pourrait répondre en partie aux problématiques logistiques de l'hôpital, et proposerait une alternative à l'hospitalisation complète pour les patients.

1. Un manque de place certain à l'Hôpital

L'un des médecins interrogé pointe du doigt les situations de « **bed blockers** » à l'hôpital, entravant la fluidité du parcours de soins de certains patients, et en privant d'autres d'une évaluation en hospitalisation.

M8 : « Après le seul frein, c'est les places. [...] Parce que les patients restent plus en place, ils bloquent plus longtemps les lits, donc des fois pour des entrées c'est compliqué. »

2. Une solution préférable à l'hospitalisation complète ...

Plusieurs médecins s'accordent sur le fait qu'une consultation serait plus facilement acceptée qu'une hospitalisation complète par les patients.

M1 : « cette expertise elle pourrait permettre d'éviter le recours à une hospitalisation, j'imagine »

M7 : « Une consultation longue ça irait à beaucoup »

M8 : « Mais je pense que ça pourrait pallier parfois à l'hospitalisation »

M9 : « Le gros avantage c'est si le patient est réticent à l'hospitalisation »

L'un des médecins interrogé aborde une autre option du format ambulatoire en évoquant l'**hospitalisation de jour**, qui permet de coordonner différents acteurs sur un temps court.

M7 : « peut être qu'un sorte d'hospitalisation de jour ou de demi-journée pour avoir un temps encore plus long ça pourrait être profitable mais beaucoup refuserait de s'y rendre. »

3. ... qui présente malgré tout des limites

a. Le refus du patient

Le médecin généraliste peut faire face à un **patient réticent**, qui refuse de se rendre en consultation de médecine polyvalente pour diverses raisons.

M3 : « Concernant les patients, je pense que je vais te répondre ce que tout le monde te dit : ça dépend du patient. (rigole) »

M7 : « Ça peut être l'opposition du patient qui ne verrait pas l'intérêt de cette consultation. »

Dans ce cas, si le médecin juge cette consultation indispensable, il conviendrait d'avancer les arguments nécessaires et d'utiliser les outils de communication thérapeutique adaptés au patient pour tenter de le faire adhérer à cette proposition.

b. La problématique du transport et de l'accessibilité à l'Hôpital

Le frein principal à la mise en place de la consultation de médecine polyvalente sur l'hôpital de Chinon est la problématique du transport. Cinq des neuf médecins interrogés ont avancé cette contrainte. Il y a tout d'abord la question de la **distance** en elle-même qui peut freiner les patients, considérant simplement que l'hôpital se situe trop loin de chez eux.

M2 :

« Les gens ici ils ne veulent pas se déplacer globalement »

« Le frein c'est clairement la distance, même si Chinon objectivement c'est pas très loin, pour eux c'est très loin. »

Il y a ensuite la problématique de l'accessibilité à l'hôpital en terme **logistique** : organisation du transport, installation dans le transport, déplacement sur l'hôpital... De plus, il ne semble pas raisonnable de déplacer certains patients du domicile, ce qui amène une **réflexion éthique** de proportionnalité des soins.

M4 : « Dans la prise en charge globale, ce pèche c'est les transports déjà. Pour qu'ils viennent ici c'est très compliqué. »

M6 : « C'est des gens qu'on déplace difficilement »

M7 : « Souvent ce sera des patients âgés, des patients que nous on voit parfois en visite et donc qui ne pourraient pas se déplacer »

Enfin, pour une partie d'entre eux, l'**absence de remboursement** d'un transport professionnel par la sécurité sociale (hors ALD) pourrait freiner l'accès à la consultation.

M4 : « On a une sécurité sociale qui est pas toujours sympa : parce que va envoyer un type de 85 ans en consultation chez un cardiologue à Tours. Si il a pas de gros problème et qu'il n'a pas d'ALD, il y va comment ? Il y va par ses propres moyens ? À 85 ans ? Il va prendre un train, un bus ? Et voilà, ça aussi c'est compliqué. »

c. La représentation culturelle négative de l'Hôpital

Lors de trois entretiens, il est relevé que le refus du patient pourrait venir d'une image négative de l'hôpital, certainement synonyme de maladie.

M2 : « Le frein aussi que la consultation se situe à l'hôpital et les gens ils aiment pas trop aller à l'hôpital. »

M3 : « Hormis les quelques uns qui ont peur de l'Hôpital ».

M6 : « Des gens [...] qu'ont pas très envie d'aller à l'Hôpital et qui ont probablement raison d'ailleurs ».

d. La limite du temps d'une consultation

À plusieurs reprises, la notion du temps de consultation est abordée. Il semble que la **durée** d'une consultation pourrait s'avérer **insuffisante** pour répondre aux problématiques posées par le patient.

M3 : « donc j'ai pu prendre le temps que je voulais et voilà, j'ai pu faire mon obsessionnel mais il faut avoir tous les éléments »

M7 : « Peut être qu'une sorte d'hospitalisation de jour ou de demi-journée pour avoir un temps plus long ça pourrait être profitable »

M9 : « Ce qui me paraît difficile c'est de me dire que je vais leur confier un patient et qu'un médecin va faire en une consultation externe, enfin qu'est-ce qu'il va faire de plus que moi qui connaît parfaitement le patient à domicile ? C'est peut être prétentieux, mais il faut qu'il ait une compréhension du patient... et c'est pas sur une consultation d'une demi-heure ou même d'une heure, s'il est seul, il va pas pouvoir ... »

D. Un travail de définition essentiel

1. Un accueil mitigé du dispositif ...

Lors de la question de synthèse posée à la fin des entretiens, le projet étudié n'a pas toujours été accueilli à bras ouverts. Trois des médecins rencontrés ont objectivement émis des réserves.

M2 :

« En tout honnêteté, je ne comprends pas trop à quoi ça servirait. »

M3 :

« Je ne sais pas si je serais favorable, c'est une très très bonne question. »

M9 :

« Consultation de médecine polyvalente hospitalière... ça m'évoque quelque chose d'insuffisant pour gérer une situation complexe »

« Sincèrement là je n'en vois pas l'intérêt, et je me trompe peut être, et je serais content d'en trouver un intérêt »

2. ... qui nécessite la définition d'un champ d'application clair

Toutefois, ces réserves semblent être conditionnées par d'autres éléments. La réponse à ces doutes passent par :

- une clarification des **profils** de patients éligibles à cette consultation ;
- une explication des **objectifs** précis de prise en charge ;
- et une réflexion sur les **moyens**, les **outils** nécessaires pour atteindre ces objectifs.

M3 :

« Je ne sais pas qui j'adresserais... on est tellement habitués à tout segmenter . [...] j'aurais l'impression de ne pas avoir de question précise à poser »

« Ça pourrait être intéressant par contre le gros boulot ce serait de le définir : c'est quoi ces champs d'application ? Parce que un truc dont tu maîtrises pas tout à fait le champ auquel ça s'applique tu ne vas pas y recourir tu vois quand t'es médecin. »

« Tu retiens des informations très précises, un truc qui te prendra pas beaucoup d'espace dans ton cerveau, tu le ranges vite et bien et tu sais que c'est là. »

« Un vrai travail de définition. »

M6 :

« Alors là le problème c'est qu'on peut tout mettre là-dedans »

« Faudrait que ce soit bien borné quoi, parce que sinon on va envoyer plein de trucs quoi »

Le travail de définition a été rendu possible par l'analyse des *verbatim* et va constituer les prochaines étapes du développement des résultats.

III. Les profils de patients éligibles à la consultation de médecine polyvalente

A. Définir une situation complexe

Au fur et à mesure de l'analyse des *verbatim*, nous avons pu remarquer un champ lexical de complexité concernant les patients qui pourraient bénéficier d'une consultation de médecine polyvalente. Les médecins interrogés semblaient être mis en difficulté par ces situations. Deux éléments principaux caractérisent cela :

- une situation complexe fait naître une incertitude chez le médecin généraliste ;
- une situation complexe est une situation qui nécessite une réponse rapide en terme de prise en charge (ou de prise de décision).

1. Une situation d'incertitude pour le médecin généraliste

L'incertitude n'a pas une définition unique et peut s'exprimer de différente façon selon le médecin interrogé. Quelqu'en soit la définition, l'incertitude renvoie à des notions d'anxiété, de responsabilité, et de conséquences potentielles liées aux prises de décisions.

M2 : « Patients [...] avec qui j'ai un peu de mal à gérer toutes les pathologies »

M3 : « Evidemment la première chose à laquelle on pense si tu me poses la question c'est les trucs où c'est la merde. Les trucs où c'est confort on y pense pas. »

M4 : « Et il y a de plus en plus de gens polypathologiques, et qui sont compliqués à gérer »

M6 : « Après on a ce côté où on se dit que c'est compliqué de gérer certains patients complexes et on n'a pas toujours le bon diagnostic »

M7 :

« Quand on est dépassés »

« Après quand on est dépassés, on demande de l'aide »

« Parfois on n'a pas toujours le temps de tout voir dans une consultation, même si on les revoit on peut passer à côté de certaines choses ».

M8 : « Du coup on s'interroge sur un tas de chose : est-ce qu'on part sur de la neuro ? est-ce qu'on part dans la cancéro ? est-ce qu'on part dans une nouvelle pathologie ? »

Souvent l'incertitude a de multiples déterminants qui sont caractéristiques de la complexité de la situation à laquelle le médecin fait face.

2. Une situation qui nécessite une réponse ou une prise en charge rapide

L'incertitude est souvent tolérée dans le monde de la médecine générale car elle fait intégralement partie de notre pratique. Elle devient problématique lorsqu'elle peut représenter un **danger pour le patient** pris en charge : elle nécessite alors une décision rapide.

M7 :

« [...] ils arrivent là quand on est dépassés, quand ça nécessite une hospitalisation et donc une prise en charge globale rapide au final.

Quand on a besoin de faire une synthèse rapide, plusieurs examens complémentaires pour arriver à un diagnostic, que nous en ville on aura dans plusieurs semaines et bien c'est là qu'on les hospitalise pour faire le bilan, rapide. »

« Faire une synthèse des choses les plus urgentes à gérer »

M8 : « une hospitalisation dans un délai de 2 jours »

B. Les critères de complexité

Comme précisé ci-dessus, l'incertitude est souvent liée à de multiples déterminants de complexité, plus ou moins associés entre eux.

1. La poly-pathologie : une association de maladies chroniques épineuse

L'association et l'intrication de pathologies chroniques est l'un des déterminants de la complexité. Chaque pathologie pèse sur l'autre, et le déséquilibre de l'une d'entre elle peut mener à des réactions en cascade. Deux tiers des médecins interrogés évoquent cette situation.

M1 : « J'ai plusieurs noms de patients en tête, leurs points communs c'est plusieurs pathologies chroniques, [...] et j'ai plusieurs patients dans ces conditions là, qui ont souvent des insuffisances d'organes en fait, et plusieurs insuffisances d'organes qui vont pas bien ensemble »

M2 : « les patients qui ont une insuffisance cardiaque, qui ont une insuffisance hépatique ou des choses comme ça, avec un début de troubles cognitifs »

M5 : « Exemple : t'as un mec qui a une insuffisance cardiaque, mais qui a aussi une insuffisance rénale, et qu'a aussi un diabète et il va falloir gérer tout ça parce que c'est compliqué, parce que l'insuffisance cardiaque tu la traites mais tu vas bousiller le rein ... et derrière ça y'a le diabète qui va bousiller le rein et le coeur... »

M6 :

« Typiquement, c'est les gens qui auraient besoin d'un avis sur l'association d'une insuffisance cardiaque, rénale et anémie. »

« Alors que le patient âgé il a : la démence, l'anémie, le machin... et puis bah ça interagit et c'est ça qui fait qu'on ne sait pas si en appuyant sur un truc on va faire décompenser l'autre, et c'est pour ça que c'est plus compliqué. »

M7 : « Si le patient est diabétique, insuffisant cardiaque, et puis insuffisance rénal par exemple, avec des ulcères, bah il est vrai que ça fait beaucoup à gérer sur une consultation »

M8 : « Mais quand il y a un pathologie oncologique, une pathologie cardiaque, ou vasculaire, un diabète, une insuffisance rénale... en fait des pathologies qui des fois en terme d'indication ou de contre indications de médicaments rentrent en conflit et qu'on arrive à notre limite »

2. La population gériatrique

a. Les patients âgés

Comme il est écrit en introduction, la proportion de patients poly-pathologiques augmente avec l'âge. Cependant, poly-pathologie n'est pas nécessairement synonyme de patient « âgé ».

Pour autant, l'âge en lui-même est l'un des facteurs de risque de la plupart des maladies chroniques. Il s'agit donc d'une **population vulnérable**, à surveiller.

M2 : « Ça m'évoque les patients polypathologiques et âgés »

M4 : « Mais voilà, je pense qu'il y a vraiment quelque chose à faire. Parce que là y'a des choses qu'on a pas vu évoluer. Moi, tu vois il y a quasiment 30 ans que je fais de la médecine générale, et la population elle vieillit. »

M6 :

« Après ça s'adresse quand même à des patients âgés, fatigués »

« Pour les patients très âgés, pour avoir un avis ponctuel ? »

« En fait ça s'adresserait surtout à des patients au profil gériatrique, parce qu'il y a souvent plusieurs pathologies impliquées »

M7 : « Parce que souvent ce sera des patients âgés, des patients que nous on voit parfois en visite »

M8 : « mais quand on sait que la problématique est plus globale, surtout chez des patients âgés, là c'est plutôt le ressort de la médecine polyvalente »

M9 : « c'est du polyvalent mais pour des personnes âgés »

b. Les troubles cognitifs : une difficulté surajoutée

Lors de trois entretiens, la notion de démence a été abordée. Cette classe de pathologies est plutôt caractéristique des populations gériatriques. Elles semblent rajouter une difficulté logistique dans la prise en charge.

M2 :

« Les patients qui ont une insuffisance cardiaque, qui ont une insuffisance hépatique ou des choses comme ça, avec un début de troubles cognitifs »

« Patients plutôt avec une pathologie chronique et peut être un début de troubles cognitifs, avec qui j'ai un peu de mal à gérer toutes les pathologies »

M4 : « Nous on a une dame qui a une maladie d'Alzheimer qui est en train de flamber, son mari n'y arrive plus tout seul »

M6 : « Alors que le patient âgé il a : la démence, l'anémie, le machin... »

3. La notion de fragilité à tout âge

Enfin, le dernier médecin interrogé a relevé une notion intéressante : celle de « fragilité ». En effet, elle complète la définition de la complexité. Une **situation « fragile »** est une situation qui questionne ou met en difficulté le médecin traitant dans sa prise en charge, et résonne comme quelque chose d'instable donc qui peut s'aggraver. Afin de prévenir les complications en cascade, il convient donc de prendre en charge ses déterminants au plus tôt.

M9 :

« *Tout ce qui entoure le patient dans le cadre d'une fragilité »*

« *Il y avait les signaux de fragilité [...] : c'est des éléments qu'on a l'habitude enfin qu'on a de façon inconsciente en tête quand on voit les gens au domicile mais le fait de les formuler de façon précise [...] Le fait d'avoir ces signaux, éventuellement ça pourrait déclencher cette consultation externe »*

Les patients **chuteurs** représentent l'un des profils particulièrement représentatif du patient « fragile ».

M9 :

« *et puis après il y a le risque de chute »*

« *est-ce que je lui ai posé la question de s'il avait chuté depuis la dernière fois ? »*

IV. Les objectifs de prise en charge des patients éligibles à la consultation

A. Un travail d'anticipation

1. Anticiper et prévenir les complications des maladies chroniques

Chaque maladie chronique a des risques de complications. Il existe des recommandations assez claires pour chacun d'entre elles, mais l'association des diverses pathologies peut rendre la tâche difficile pour le médecin traitant.

M1 : « cette expertise elle pourrait permettre d'éviter le recours à une hospitalisation, j'imagine, par l'anticipation de certaines décompensations »

M5 : « t'as un mec qui a une insuffisance cardiaque, mais qui a aussi une insuffisance rénale, et qu'a aussi un diabète et il va falloir gérer tout ça parce que c'est compliqué, parce que l'insuffisance cardiaque tu la traites mais tu vas bousiller le rein ... et derrière ça y'a le diabète qui va bousiller le rein et le coeur... on a besoin d'avoir plusieurs idées. Enfin c'est ce que je crois. [...] Le but ce serait d'optimiser les choses. »

M6 : « on ne sait pas si en appuyant sur un truc on va faire décompenser l'autre »

M7 : « Plutôt des patients [...] où il y a beaucoup de pathologies, où nous on n'a pas forcément le temps de détailler chaque pathologies. [...] il est vrai que ça fait beaucoup à gérer sur une consultation. [...] une seule consultation qu'il faudrait assez longue, [...] pour pouvoir être utile et faire une synthèse des choses les plus urgentes à gérer quoi. »

M8 : « Donner des consignes supplémentaires : kiné, tel type de matelas, tel type d'orthèse, ça peut être un solution intermédiaire entre l'hospitalisation et le simple suivi par moi »

2. Évaluer la iatrogénie : la conciliation médicamenteuse

Lors de six entretiens, l'équilibre fragile de la poly-pathologie est pointée du doigt. Deux déterminants principaux de cet équilibre apparaissent : l'association de pathologies dont la décompensation de l'une peut avoir des conséquences sur les autres ; et les **traitements** qui peuvent aussi avoir une incidence sur les autres pathologies associées.

La conciliation médicamenteuse est une solution pour répondre à cette problématique. Ainsi le praticien hospitalier, appuyé par un pharmacien, pourrait émettre des **conseils sur des adaptations de traitement** : posologie (adaptation à la fonction rénale par exemple) ; optimisation du traitement de fond par rapport aux recommandations ; alerte sur des associations à risque ; etc.

M1 :

« J'ai plusieurs noms de patients en tête, leurs points communs c'est plusieurs pathologies chroniques, où les traitements d'un spécialiste vont télescopés les traitements de l'autre spécialiste »

« Le problème c'est souvent la discordance entre les traitements. »

M5 : « parce que l'insuffisance cardiaque tu la traites mais tu vas bousiller le rein »

M6 : « alors que quelque fois ça pourrait être résolu juste en changeant quelques médicaments etc. Ça ça pourrait être intéressant. »

M7 :

« on a les médicaments du spécialiste, des fois il y a des grosses interactions dont moi je n'ai pas toujours la notion des adaptations nécessaires ou des traitements qu'on peut utiliser chez ces patients là et ça ça pourrait permettre de faire un tri sur les traitements qui leur sont proposés. »

« faire le tri sur l'ordonnance comme on disait, présenter au patient la possibilité d'alléger son ordonnance ou de l'adapter parfaitement à son contexte à lui »

M8 :

« en fait des pathologies qui des fois en terme d'indication ou de contre indications de médicaments rentrent en conflit et qu'on arrive à notre limite »

« Et aussi, thérapeutiquement. C'est vrai que des fois, nous on se pose des questions : est-ce que j'ose arrêter les diurétiques ? est-ce que j'ose arrêter telle molécule ? parce qu'au domicile la surveillance ce n'est pas si simple, et peut être que des collègues de médecine polyvalente qui ont déjà fait de gros changements en hospitalisation et bine peut être que déjà en consultation ils oseraient conseiller de façon un peu plus osé que ce que nous on ose faire en ville. »

« vous commencez à avoir un certain nombre de pathologies, chaque spécialiste a déjà son travail mais on voit bien que vous vous n'allez pas si bien que ça, il existe des confrères qui ont l'habitude de travailler avec des patients comme vous qui ont beaucoup de maladie pour faire accorder toutes les prescriptions »

M9 : « Quand il y a la polymédication... parfois on a l'impression qu'on est plus fort que tout le monde et ça c'est le piège de l'ordonnance qui est déjà inscrite dans un logiciel. C'est à dire qu'on a tendance à faire un clic sans réfléchir et ça l'imprime.

A l'EHPAD j'essaye de faire du nettoyage mais pour autant à la fin on retrouve toujours cet IPP qu'on ne sait pas d'où il est arrivé. »

3. Repérer et prendre en charge les fragilités

Nous avons évoqué lors de la partie précédente la notion de fragilité. Celle-ci se dessine à la fois comme un profil de recrutement (qui peut alerter le médecin traitant) et comme un objectif de prise en charge. D'une part le médecin traitant peut avoir repéré une ou plusieurs fragilités et adresser le patient en consultation. D'autre part, le praticien hospitalier pourrait réaliser une évaluation des différents critères de fragilité afin de les repérer et les prendre en charge : une sorte d'évaluation standardisée de la fragilité.

M9 :

« Y'avait les signaux de la fragilité même s'il est pas à risque de chute puisqu'il est grabataire , avec la dénutrition , l'état dépressif qui s'installe , des choses comme ça ... c'est des éléments qu'on a l'habitude enfin qu'on a de façon inconsciente en tête quand on voit les gens au domicile mais le fait de les formuler de façon précise « bah tient son moral il en est où » en fait c'est les 5 critères de la fragilité « ah bah tiens est-ce que je lui ai posé la question de s'il avait chuté depuis la dernière fois ? » des choses comme ça.

Le fait d'avoir ces signaux, éventuellement ça pourrait déclencher cette consultation externe »

« faire une évaluation gériatrique »

4. Aborder la question du devenir

Le devenir est un concept large. Il questionne notamment sur le lieu de vie : le maintien à domicile ou l'orientation vers des structures adaptées s'il est impossible (ou dangereux).

a. Anticiper et optimiser le maintien au domicile

Le maintien à domicile est un véritable enjeu pour la population vieillissante (ou précaire) dans notre société. Cependant il est conditionné par de nombreuses contraintes.

Ces contraintes doivent être abordées et anticipées avec le patient et son entourage tant les problématiques qui y sont liées sont difficiles à gérer au dernier moment, selon cinq des neufs médecins interrogés.

M1 : « Le lien est surtout au moment où s'organise le devenir ce qui n'est pas forcément le moment de la sortie »

M4 :

« pour le patient qui vient de tomber, de se casser le col du fémur, qui perd la boule qui délire complètement à l'hôpital plutôt dans l'optique d'anticiper la prise en charge future. »

« prendre l'avis d'un médecin spécialisé dans le domaine [...] étudier la faisabilité de rester à domicile ou de finir dans une structure spécialisée. »

M5 : « quelque chose d'organisationnel sur le devenir voire la fin de vie. »

M7 : « on est souvent confrontés à ce genre de choses en ville : patients polypathologiques limités à domicile, la mise en place des aides c'est vrai que ça prend du temps aussi, quand y est confrontés. »

M8 : « on essaye de faire le maximum de choses possibles au domicile. »

M9 :

« optimiser le retour à domicile »

« Le maintien à domicile c'est vraiment quelque chose de très français. »

« moi je milite pour un maintien à domicile le plus possible si le patient le souhaite »

De plus, il convient de reconnaître que la prise en compte des **souhaits du patient** est primordiale. Le retour à domicile est parfois jugé dangereux par le praticien hospitalier, mais il peut être un moteur d'amélioration clinique.

M6 : « Ils l'ont renvoyé comme ça et puis elle a récupéré, parce qu'elle était chez elle, elle était contente d'être chez elle et puis elle s'est remise à manger et à boire. »

b. Apporter une réflexion éthique dans la prise en charge

Le questionnement autour du devenir peut impliquer un **questionnement autour de la fin de vie**. Ainsi, aborder la question du devenir peut aussi amener une discussion autour de la **proportionnalité des soins** voire même une aide à la rédaction des **directives anticipées**.

M4 : « Nous on a une dame qui a une maladie d'Alzheimer qui est en train de flamber, son mari n'y arrive plus tout seul, on a lui a mis une sonde naso-gastrique d'alimentation qu'elle arrache et qu'on lui repose tous les jours ... L'infirmière vient me voir elle me dit "qu'est-ce qu'on peut faire ?". Lui attacher les mains ? Oui, on pourrait. Mais non on le fera pas. »

M5 :

« La notion de confort elle est primordiale, dans la prise en charge globale. »

« Moi mon rôle c'est de le faire vivre le plus longtemps possible confortablement, l'un ne va pas sans l'autre. Vivre pour vivre ça n'a pas de sens. »

M8 : « il faut bien border le moment où on décide que ça se passera à l'hôpital. Si on fait le travail en amont, ça se passe bien cette transition. »

M9 : « une prise de risque donc en accord avec les patients et la famille des patients »

B. La prise de décision partagée avec le médecin traitant

La collaboration entre le praticien hospitalier et le médecin traitant s'est dessinée comme un élément principal de la consultation de médecine polyvalente, dans l'optique de l'amélioration de la prise en charge des patients.

1. Réaliser un travail de synthèse

Face à une situation complexe, beaucoup d'informations doivent être prises en compte. Certaines sont occultées. Certaines peuvent manquer de prise en considération. Et certaines peuvent prendre une place trop importante dans la prise en charge. Le praticien hospitalier polyvalent devrait donc réunir tous ces éléments pour réaliser une synthèse du dossier. Ce travail est préliminaire à toute la prise en charge.

M4 : « prendre l'avis d'un médecin spécialisé dans le domaine, qui va tout remettre à plat »

M7 : « Là ça pourrait éventuellement aussi concentrer sur une seule consultation qu'il faudrait assez longue, par rapport à nous en ville, pour pouvoir être utile et faire une synthèse des choses les plus urgentes à gérer quoi. »

M8 : « donc oui quand le problème est complexe ok on appelle le spécialiste mais quand on sait que la problématique est plus globale, surtout chez des patients âgés, là c'est plutôt le ressort de la médecine polyvalente »

Bien entendu, et comme cela sera développer plus tard, le partage d'informations entre le médecin traitant et le praticien hospitalier est un véritable enjeu. L'adressage et la qualité de la transmission de l'information doivent être optimaux.

2. Rassurer et orienter face à l'incertitude

Lors de quatre entretiens, les notions de « conseil » et d' « aide » ont été abordées. Elles renvoient à l'incertitude, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique.

M2 : « Si je devais les adresser, je présenterais les choses en expliquant que j'ai besoin d'une aide, un avis extérieur pour leur santé serait bénéfique. »

M5 : « C'est là, où j'ai besoin d'un conseil parce que c'est multi-pathos. »

M6 :

« Ce médecin il pourrait aider à donner des pistes sur ce genre de dossiers compliqués »

M8 : « Bah par exemple s'il y a un nouveau symptôme chez un patient polypathologique, pour pouvoir me rassurer si c'est bien lié à un problème déjà existant donc que ça me conforte [...] ou le contraire, c'est à dire que « attention, ne pas passer à côté de tel pathologie supplémentaire » pour que ça nous donne des pistes diagnostiques ou nous alerter sur des oublis potentiels »

3. Échanger pour mieux prendre en charge

Le médecin traitant et le praticien hospitalier ont des visions complémentaires. Chacun amène un bénéfice à la prise en charge, selon un mode de réflexion différent. L'échange, la discussion autour de cas complexes est essentielle : elle est abordée dans six entretiens. Nous y découvrons la notion d' « **avis complémentaire** », qui tend parfois même vers un avis d' « expertise ».

M1 : « "ce patient là est problématique, il faut qu'on prenne des décisions ensemble" et l'intérêt premier il serait vraiment là. »

M3 :

« Le but premier ce serait surtout de croiser les regards [...] parce que je sais qu'il y a plein de trucs qui ont été bénéfiques dans la prise en charge des patients et qui venaient de ces échanges. »

« leur dossier nécessite d'aller en profondeur, et moi en tant que médecin j'aurais besoin de quelqu'un d'autre pour ne passer à côté de rien et pour compléter/croiser les regards, que moi ça m'intéresserait »

M5 : « Et puis après, y'a l'expérience des autres : dans deux têtes il y en a plus que dans une, dans trois tête il y a en a plus que dans deux, et ainsi de suite... et bah on arrive à faire des choses, des choses où je crois que pour les patients on a été positifs. »

M6 : « l'idée c'est plutôt d'avoir un autre regard, quelques fois ça peut être un remplaçant aussi qui va avoir une autre idée. »

M7 :

« Déjà avoir un autre avis que le mien, quelqu'un qui ne le connaît pas justement, mais qui pourrait prendre en compte les choses sans prendre en compte justement le contexte »

« Je pense que ça peut être intéressant en complément de notre travail à nous, parce qu'effectivement au niveau du timing parfois on n'a pas toujours le temps de tout voir dans une consultation, même si on les revoit on peut passer à côté de certaines choses [...] qui pourrait éventuellement être vu par ce type de consultation »

M8 :

« si on cherche des trucs particulier il faut qu'on le dise (pour ne pas passer à côté, parce que certainement que des fois on a une arrière pensée que l'autre n'a pas) et je pense que c'est aussi important de dire quand on ne sait pas ce qu'on cherche, parce que ça m'était déjà arrivé d'envoyer les patients pour le fait d'avoir juste senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, sans savoir ce que ça pouvait être ... Donc c'est bien aussi de pouvoir adresser en expliquant qu'on ne sait pas et qu'on ne s'en débrouille pas »

« les collègues de l'hôpital de proximité et bien on les appelle en expliquant qu'on a telle pathologie, j'ai peut être pas besoin d'hospitaliser mais j'aurais besoin d'avis. »

C. Un rôle logistique

1. Un tremplin potentiel vers une hospitalisation programmée

Lors de l'évocation des freins à la mise en place de cette consultation, certains médecins évoquaient le temps et les outils limités dans le cadre d'une consultation.

Cette consultation pourrait être une **préparation à une prise en charge ultérieure**. Si elle est jugée nécessaire, le praticien hospitalier pourrait proposer une hospitalisation programmée (de jour ou complète) au patient. L'avantage réside dans le fait que le praticien connaît le

fonctionnement de son service de soin : il pourrait donc rassurer un patient réticent en présentant les objectifs précis de prise en charge, le programme de soin et sa répartition dans la journée.

M2 : « Peut être pour les évaluer en vue d'une hospitalisation ? »

M4 : « de tremplin vers l'hospitalisation si elle jugée nécessaire, d'orientation vers un service où la durée d'hospitalisation sera adaptée, en attendant de régler un problème ou de trouver une solution pour réorienter vers un lieu de vie adapté. »

M9 : « proposer à ce patient et son entourage l'intérêt d'une hospitalisation pour compléter le bilan qui ne serait pas suffisant sur le temps d'une consultation dédiée »

2. La réévaluation post-hospitalisation

La sortie d'hospitalisation est un moment clé de la prise en charge des patients poly-pathologiques et/ou âgés. La coordination des soins doit être optimisée.

Cependant, les contraintes hospitalières amènent parfois à écourter des séjours. La réévaluation post-hospitalisation par le praticien hospitalier pourrait rentrer dans le cadre de la consultation de médecine polyvalente dans l'optique de **terminer le travail** initié pendant le séjour.

M2 : « j'ai quand même été appelée le jour de sa sortie pour que je puisse caler un rendez-vous quelques jours après parce que sa fonction rénale était pas top et avec le diurétique c'était à surveiller quoi. »

M3 :

« tu sais quand tu revois les gens juste après en mode "Ok... euh ... c'était un peu filant" »

« Mais c'est illusoire d'espérer que je revois quelqu'un sous 14 jours. c'est pas possible. Je peux pas. Donc les sorties avec une ordonnance de 14 jours c'est débile. Enfin c'est pas débile mais ça fout la merde. »

M6 : « Des consultations post-hospitalisation de certains patients compliqués »

M9 : « La problématique c'est souvent la sortie d'un patient qui est un peu précipitée parce qu'il y a un flux tendu hospitalier qui fait que les gens sont sortis de façon un peu précipitée et ce passage là il peut être fragilisé par le fait que les choses ont pas eu le temps d'être organisées à domicile. »

Deux éléments nuancent tout de même ce propos lors des entretiens. Le premier est qu'il reste encore un travail hospitalier très important sur l'**optimisation des sorties** d'hospitalisation.

M3 : « Ça me ferait rêver qu'il y ait, je sais pas, quelqu'un qui fasse la coordination des sorties, où quand les gens sortent ils ont leur date de RDV chez le médecin traitant avec une ordonnance de durée adéquate. »

Enfin, la réévaluation post-hospitalisation est une **consultation essentielle** pour le médecin traitant.

M7 : « C'est une consultation que je juge plus importante qu'une consultation de routine donc c'est important. »

La solution pourrait tout simplement être de prévoir, en sortie d'hospitalisation, un échange téléphonique avec le médecin traitant pour s'accorder sur le suivi : doit-il être hospitalier ou libéral dans un premier temps ?

3. Assurer un suivi

Enfin, la notion de suivi a été abordée lors de deux entretiens. Comme nous avons pu le constater tout au long de ce développement, une situation complexe est une situation qui nécessite un travail de réflexion et d'échange important. Les situations complexes ne peuvent pas trouver de solution optimale en une consultation. Ainsi, proposer une **évaluation en plusieurs étapes** pourrait être intéressante.

M1 : « le patient naïf de toute consultation qu'arrive à la première consultation, cette organisation elle est pas immédiatement possible, je pense que ça s'organise sur du suivi. »

M2 : « Ça m'évoque les patients polyopathologiques et âgés avec un suivi hospitalier, des consultations de suivi peut être. »

V. Les outils nécessaires au déploiement d'une consultation de médecine polyvalente

A. Un fonctionnement en équipe plébiscité

Effectivement, dans différents entretiens il a été ramené que le fonctionnement en équipe permettait d'améliorer les prises en charge, de les rendre plus fluide, notamment par le biais de l'échange.

M3 :

« je vis dans un confort absolu d'une maison de santé avec plein de gens (rigole) donc c'est naturel, facile, ça ça va. »

« Mais là en fait, il y a la discussion avec tout le monde, et puis y'a tout genre de profession qui sont représentées ici et c'est facile quoi. Ça c'est pas du tout un problème. Mais parce que j'ai conscience que je travaille dans un confort immense. »

M4 : *« Parce que je pense que la meilleure façon de prendre en charge ces patients là c'est de les prendre en charge par une équipe. »*

M9 : *« En fait moi je vais surtout parler des patients qui sont gérés à domicile ou polypathologiques à la maison de santé. C'est assez bien structuré : avec les infirmiers, les médecins, les pharmaciens et les kinés je trouve qu'on est assez bien organisés. »*

1. Une pluridisciplinarité indispensable

Dans le cadre de la prise en charge de patients complexes, une équipe médicale seule semble insuffisante. En effet, une équipe composée de **différents corps de métiers** apporte une **complémentarité** indissociable d'une prise en charge globale. Cette équipe serait menée par le praticien hospitalier qui coordonne et déclenche les différents acteurs.

Le **binôme médecin-infirmier** est indispensable à ce genre de prise en charge tant leurs compétences sont complémentaires. On note même dans un entretien l'ouverture vers les infirmiers de pratique avancée (I.P.A) qui trouveraient toute leur place au sein de cette équipe.

M8 : *« Mais nous en fait on bosse avec les infirmières ici, tous mes patients chroniques sont suivis par nos infirmières ou celles du coin. »*

M6 : *« Mais il y a le côté que si on avait plus de temps qu'on se libérait avec les infirmiers en pratique avancée (IPA) [...] ça nous libérerait du temps sur la partie diagnostique et thérapeutique, pour échanger avec les spécialistes par exemple. »*

Les médecins interrogés évoquent souvent les difficultés liées aux situations sociales complexes et à la gestion des dossiers administratifs. Ainsi, cette équipe intégrerait un **pôle**

administratif et social composé d'assistante(s) sociale(s) ; de secrétaire(s) et d'assistante(s) médicale(s).

M4 :

« Nous ici on a un avantage énorme c'est qu'on a un secrétariat physique à plein temps pour deux équivalents temps plein médical. Ça signifie qu'elle a le temps de nous faire plein de choses : prise de rendez-vous, discussion avec les infirmières, qui renvoie un résultat de prise de sang, qui scanne une ordonnance pour un examen d'urine ... tu vois elle fait plein de choses. Mais c'est une équipe. Tout seul c'est impossible. »

« Et tu passes un temps mais pas possible, non seulement à expliquer et puis à faire des papiers, des papiers, des papiers... Alors une demande de prise en charge de ceci, prise en charge à 100%, et puis dossier MDPH, et puis... »

« une sorte de plateforme de coordination [...] de trouver une solution pour réorienter vers un lieu de vie adapté. »

M7 : « Quand ils passent en hospitalisation y'a plein de choses qui sont mises en place car ils ont le temps de le faire et que nous on délègue aux familles et il faut qu'ils se débrouillent. C'est vrai que ça ça peut être aussi, sans être hospitalisés, un moyen peut être de faire avancer les problèmes sociaux. »

M9 : « L'idée c'est d'avoir en permanence, sur place, et avec notre assistante médicale, la mise à jour du traitement médical (qu'on sort au préalable et qu'on amènera à chaque fois chez le patient, et du volet médical de synthèse. »

Enfin, pour réussir cette prise en charge globale, il est indispensable d'inclure **d'autres professionnels paramédicaux** : kinésithérapeute ; ergothérapeutes ; diététicien(ne)s ; orthophoniste(s) ; et psychologues ; au même titre que dans un service de soin.

M4 : « et là y'a une équipe qui doit prendre en charge tout ce qui est diététique, nutrition, mais aussi sur le plan psychologique bien évidemment. »

M7 : « on y consacre plus de temps car il y a besoin d'un accompagnement plus global et notamment psychologique »

M8 : « Pour évaluer le patient avec le personnel du service, sans l'hospitaliser. »

M9 : « Et que je pense qu'on ne peut pas faire l'impasse sur le prise en charge qui associe l'assistante sociale, l'ergonomie, tout ce qui entoure un patient dans le cadre d'une fragilité (les chutes, les problèmes de mémoire), refaire un bilan mémoire, etc.. »

2. Le support hospitalier au service de la prise en charge

Composer une équipe avec de multiples professionnels formés n'est pas chose facile, c'est pourquoi il convient de travailler avec les professionnels présents sur l'hôpital, habitués à ces prises en charge complexes dans le cadre d'hospitalisations.

Outre son vivier de professionnels, l'Hôpital a une vraie fonction de support qui est double. Dans un premier temps, il s'agit d'un **support logistique** (presque moral à vrai dire) pour les médecins installés : s'il y a un soucis, l'Hôpital répond présent.

M3 : « ça a un côté un peu rassurant de savoir que pas loin y'a un hosto avec qui on bosse plutôt facilement, qui prend facilement ; c'est une sorte de filet de sécurité qui te permet de te dire que "bon, aller je lance ça et au pire si ça merde j'appellerai les collègues à l'hôpital et voilà". »

M5 :

« J'ai été aidé à fond par le Dr D., bon qui n'est plus maintenant à Chinon, et c'était extraordinaire [...] Moi seul j'étais pas assez bon, j'avais un soutien logistique réel et ça a été royal. »

« Y'a eu aussi plein de patient pour qui il y a eu une prise en charge initiale hospitalière, un relai par nous (les MG) sachant que je pouvais m'appuyer sur le service hospitalier, notamment si il y avait besoin d'une hospitalisation. Et ça c'était magique. »

« mais si il n'y a pas d'hopitaux périphériques qui assurent la logistique, qu'est ce qu'un médecin seul peut faire avec ses dix doigts, son stéthoscope et son tensiomètre : rien »

Deuxièmement, l'Hôpital est gage de **technicité** et d'accès aux examens complémentaires (imagerie, biologie, prélèvements, etc). L'équipe de prise en charge des patients complexes doit avoir accès à ce **plateau technique** en cas de besoin.

M2 : « examens complémentaires assez rapidement notamment avec la Clinique Jeanne d'Arc les scanner c'est assez facile de les avoir »

M5 : « Après, il est évident que c'est extrêmement compliqué parce qu'on n'a pas la logistique en ville que l'on peut avoir à l'hôpital. En particulier la biologie et l'imagerie. C'est à dire qu'on ne l'a pas dans la foulée. »

M7 : « Quand on a besoin de faire une synthèse rapide, plusieurs examens complémentaires pour arriver à un diagnostic, que nous en ville on aura dans plusieurs semaines et bien c'est là qu'on les hospitalise pour faire le bilan »

M8 : « c'est le cas typique où l'on a besoin d'un service de médecine polyvalente, de proximité, avec pas mal de possibilités techniques... »

3. La mobilité au domicile

Dans notre première partie, nous avons développé divers freins à la mise en place de la consultation de médecine polyvalente que sont la mobilité réduite de certains patients éligibles ; la problématique du transport (et de l'accessibilité de l'hôpital) ; et enfin la représentation culturelle négative de l'Hôpital. Ces différents éléments trouvent une réponse unique : la **mobilité de l'équipe hospitalière au domicile** des patients éligibles.

M4, en citant l'un de ses couples de patients : « c'est plus facile nous, on est âgés, bientôt on pourra plus prendre la voiture, et puis si vous devez vous déplacer vous vous déplacerez plus facilement ici »

M6 : « équipe mobile gériatrique »

M8 : « Pourquoi pas le service de médecine polyvalente qui vient vers le patient : en consultation ou en visite ?

Pour évaluer le patient avec le personnel du service, sans l'hospitaliser. »

M9 : « soit il y a une équipe avec un médecin qui vient au domicile et qui fait une évaluation globale (sociale, accompagnement, médicale) »

Bien que les bénéfices d'une visite à domicile existent, notamment pour les patients réticents ou dans l'impossibilité de se déplacer, ainsi que pour l'étude de l'ergonomie du foyer ; l'évaluation sur le centre hospitalier doit rester la norme. L'accès au plateau technique et aux différents professionnels en même temps est un vrai bénéfice.

Comme cité ci-dessous, il ne faut pas méconnaître les ressources des patients pour se rendre en consultation.

M6 : « A part le transport... mais bon ça ça peut se gérer. [...] Donc dans ce cas, il faut le transport en ambulance et l'accompagnement. »

M8 : « Après problème oui et non, si on a besoin de médecine polyvalente souvent on est en ALD donc prescription de taxi pour la consultation c'est cohérent.

Les patients plus jeunes ou qui relèvent de pathologies hors ALD, le trajet ça peut être problématique... quoiqu'on ne se pose pas la question parfois quand il s'agit de les adresser à Chambray ou au CHU ...

Après on se débrouille hein, y'a toujours un cousin ou un voisin qui peut aider. »

B. Créer du réseau : renforcer le lien entre les différents acteurs de la prise en charge

1. Connaître et promouvoir les filières de soin du territoire

Le pré-requis de cela réside dans la constitution d'un **carnet d'adresse**, d'un **répertoire** de professionnels et d'équipes existantes, pouvant amener un bénéfice dans la prise en charge des patients.

M1 : « je suis très très très preneur du carnet d'adresse du médecin qui le mettrait en place »

En effet, l'offre de soin à l'échelle de l'hôpital semble être imparfaitement connue par les médecins généralistes du territoire. L'un des médecins interrogés cite d'ailleurs trois exemples d'offre de soin disponible sur le Centre Hospitalier du Chinonais, apparemment méconnus.

M6 :

« Pour les hospis on va pas envoyer l'hémorragie digestive à Chinon quoi ... (réfléchit) ah si à la limite l'hémorragie dig' on peut parce qu'il y a les gastro sur place »

« La chirurgie vasculaire on va envoyer direct à Trousseau parce que voilà le chirurgien n'est pas sur place à Chinon... »

« Un cancer du colon, on ne va pas l'envoyer en médecine à Chinon, on va l'envoyer au spécialiste à Trousseau. »

Ainsi, la **connaissance de ces filières de soins** permettrait au praticien hospitalier d'orienter ou de ré-orienter le patient vers celles plus adaptées. Celles-ci peuvent être **locales**, en place sur l'hôpital ou dans une partie de la CPTS ; ou bien plus spécialisées au sein d'**établissements partenaires** (au sein du Groupement Hospitalier de Territoires).

M2 : « Pour les patients qui ont des troubles cognitifs, il y a les consultations mémoires... »

M3 : « J'attendrais aussi peut être des ressources auxquelles j'aurais pas forcément accès facilement.

Une question de réseau aussi : des accès à d'autres avis, ou des choses plus compliqués ou des dispositifs que je ne connaîtrais pas, des choses qui se mettent en place dont j'aurais pas forcément connaissance parce que tu peux pas tout savoir. Par exemple, tu vois des équipes mobiles de machin chouette, de bidule, de trucs dont t'as pas connaissance.

En général quand tu as des équipes qui sont portées par les CHU c'est souvent ça aussi, l'hôpital est au courant et toi pas tellement et tu sais pas comment y accéder, ça devient chiant, ça prend 15 plombes et t'abandonnes.

Ça pourrait donc permettre d'avoir accès à d'autres outils donc ça pourrait être ça que j'attendrais aussi. »

M4 :

« Mais il est passé par ces consultations où on a déclenché tout un tas de prises en charge, aussi bien sur le plan psychologique, cardiologique, neurologique, machin ... »

« déclencher une équipe qui va prendre en charge par exemple : un ulcère des membres inférieurs qui a été un peu négligé »

M6 : « Dans ces cas-là, quand ça devient trop chronophage on déclenche l'équipe mobile de soins palliatifs. »

M7: « Après quand on est dépassés, on demande de l'aide : l'équipe mobile de soins palliatifs, l'HAD quand on est vraiment sur la fin et qu'il y a besoin de soins continus. »

L'objectif de cette connaissance et de cette promotion des filières de soin est l'**amélioration de la fluidité du parcours de soin** du patient. Il n'est pas rare que devant une situation complexe ou problématique la solution de facilité soit celle d'orienter vers les services d'urgence pour déclencher ce genre de prise en charge. Le **passage « organisationnel » aux urgences** n'améliore pas nécessairement la fluidité du parcours de soin, et peut bien souvent s'avérer **délétère**. Il doit être évité tant que possible.

M3 :

« parce qu'il faut avouer que faire des entrées directes car permet d'épargner un peu de la merde à tout le monde »

« Ça me fait toujours chier quand on me dit "passez par les urgences" parce que si tu sais pas si tu rends service à tout le monde au final... »

M6 : « La seule difficulté je pense que c'est qu'on ne peut pas les adresser en direct, il faut passer par les urgences la plupart du temps. Alors que par exemple le court séjour gériatrique il y a un accès direct, via un contact téléphonique avec les médecins du court séjour. »

M7 : « ce patient, si je l'avais adressé via les urgences, avec un courrier à peu près bof, sans avoir fait de bilan un peu poussé avant au cabinet, ça se serait peut être perdu dans le lot. »

2. Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire de dossiers complexes

Créer un **espace de discussion** face aux situations complexes est un outil indispensable. À l'hôpital, du fait du fonctionnement en équipe, cela se fait naturellement.

M5 : « Cependant, à l'hôpital où on a la chance de pouvoir discuter avec tous les spécialistes autour, c'est à dire qu'on peut amener son dossier et le présenter au coordonateur et avancer avec lui. »

La création des Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP) a aussi permis la création de cet espace de discussion en rapprochant les différents acteurs des prises en charge en ville.

M3 : « Mais là en fait, il y a la discussion avec tout le monde, et puis y'a tout genre de profession qui sont représentées ici et c'est facile quoi. Ça c'est pas du tout un problème. Mais parce que j'ai conscience que je travaille dans un confort immense. »

Dans certaines MSP, ces espaces de discussion se sont formalisées en réunions de concertations.

M8 : « Aussi dans la maison de santé, on a aussi tous les mois une réunion de coordination qui justement est là pour qu'on discute des cas compliqués où on ose pas prendre certaines décisions tout seul »

M9 : « une commission « gestion des patients poly-pathologiques » donc qui travaille sur le maintien à domicile. »

La prise en charge des patients bénéficiant de ces réunions n'en est qu'améliorée. En effet, les décisions complexes ne peuvent pas être prises seul. La réflexion en équipe est nécessaire. C'est pourquoi il est indispensable d'**inclure les soignants du quotidien** au sein de ces réunions, comme cela se fait naturellement dans les MSP.

M4 : « c'était extrêmement compliqué de réunir tous les professionnels libéraux qui s'occupaient des patients, mais on arrivait à se réunir tous ensemble chez le patient pour discuter du dossier, on reprenait de A à Z tous les problèmes à régler »

M8 : « Mais nous en fait on bosse avec les infirmières ici, tous mes patients chroniques sont suivis par nos infirmières ou celles du coin. Donc ça se passe bien, on essaye de faire le maximum de choses possibles au domicile. Y'a aucun soucis pour majorer le nombre de passages si c'est nécessaire. »

M9 : « optimiser le retour à domicile, et on a remarqué que le meilleur moyen de faire ça c'était d'abord :

- qu'il y ait une check-list infirmière pour que les infirmières du service se mettent en lien avec les infirmières libérales
- et que les pharmaciens soient prévenus

car ce sont les deux acteurs qui sont en premières lignes à la sortie d'hospitalisation »

« c'est pour ça que je pense que c'est important que les infirmières et les pharmaciens soient dans la boucle. »

Toutefois, la réflexion autour d'un dossier par les équipes locales peut s'avérer insuffisante. Le médecin généraliste n'est pas omniscient. Les médecins spécialistes s'avèrent indispensables à certaines prises de décisions, de par leur expertise. Cependant, la **difficulté d'accès à ces consultations ou avis spécialisés** mettent parfois à mal la prise en charge des patients du territoire.

M1 :

« On est limités par l'accès aux spécialistes aussi »

« moins de cardios accessibles aussi, car je ne suis pas dépendant uniquement de Chinon mais de Saumur aussi et y'avait plus d'accessibilité à un moment donné mais maintenant les patients se retrouvent hospitalisés ou à Saumur ou à Chinon pour ces raisons là »

M3 :

« la pneumo c'est sinistré dans le coin. »

M5 :

« Je pense qu'au niveau des correspondants, ça ne pose pas de problèmes sauf leur disponibilités... Parce qu'on est tous surchargés, que ce soit à l'hôpital ou en ville »

« Avant t'avais tes correspondants, tu téléphonais, ils étaient disponibles... Aujourd'hui c'est de plus en plus difficile, voilà... »

M6 : « Ce trio là où on envoie un peu chez le cardios, un peu chez le néphro mais les délais sont hyper longs, et puis l'hématologue pour une anémie c'est pareil ça peut être assez long.. »

Néanmoins, il convient de noter que les spécialistes installés sur le territoire ont un lien fort avec les médecins généralistes. Leur disponibilité est louée par les médecins interrogés.

M2 : « les patients chroniques en décompensation j'arrive à avoir des rendez-vous rapides chez le cardiologue, j'arrive à joindre les spécialistes assez rapidement quand même, c'est plutôt assez facile de discuter avec les spécialistes »

M3 : « les cardiologues de Chinon c'est des amours et ils bossent comme des dingues. Quand t'es dans la merde, ils te laissent pas dans la merde, jamais. Donc ça ça va. »

M5 : « Après à Chinon, je l'ai fait à plusieurs reprises avec les gastros, parce que je pense que les Dr C. et R. sont des gens brillants, qui avaient une notion de médecine interne de très bon niveau. Donc j'allais avec mes dossiers, je leur présentais et je leur disais « qu'est-ce que je fais ? ». »

On voit apparaître une notion très parlante dans l'un des entretiens : celle de « **spécialistes traitants** ».

M2 : « Pour les spécialistes, je pense surtout aux cardiologues et aux gastro-entérologues traitants »

Cela s'oppose au « simple » avis spécialisé, en introduisant une notion de suivi et donc de disponibilité en cas de besoin, au même titre que le médecin généraliste traitant. Les liens locaux sont donc forts, mais la **désertification du territoire en médecins spécialistes** pose problème.

Par moment, les avis spécialisés émettent des recommandations de prise en charge incompatibles les unes avec les autres. Cela ne fluidifie par la prise en charge et met en difficulté le médecin traitant.

M1 : « [...] où les traitements d'un spécialiste vont télescopés les traitements de l'autre spécialiste, où dans les courriers on ressent qu'ils ne sont pas en accord. Des fois ça se ressent, et j'ai plusieurs patients dans ces conditions là »

La prise de décision dans ces situations nécessite une discussion entre le médecin traitant, les différents médecins spécialistes (souvent en différents lieux du département, voire dans des départements voisins) et les professionnels du quotidien. Cet espace de discussion, autrement nommé « réunion de concertation pluridisciplinaire de dossiers complexes », pourrait être **déclenchée et organisée par le praticien hospitalier** en charge de la consultation de médecine polyvalente.

M1 :

« Je pense que faire du lien c'est aussi d'avoir un lien presque physique avec les spécialistes afin qu'ils puissent discuter. Alors j'imagine qu'une réunion immatériel ce soit possible aussi, où il ne seraient pas forcément dans la même pièce. »

« En fait ce qui serait bien ce serait une réunion de dossier, quelqu'un qui aurait le temps d'asseoir chacun des spécialistes autour d'une table pour dire "ce patient là est problématique, il faut qu'on prenne des décisions ensemble" et l'intérêt premier il serait vraiment là. Pour les patients auxquels je pense aujourd'hui ce serait vraiment la cible qui me paraît la plus intéressante »

3. Améliorer la connaissance mutuelle des différents acteurs de la prise en charge

Une prise en charge complexe allie de nombreux acteurs, ce qui constitue une équipe. Comme il est souligné plus haut, la discussion fluidifie les prises en charge. Mais au delà de la discussion, une équipe qui fonctionne bien est une équipe qui se connaît. La connaissance mutuelle et le lien physique est au centre de la prise en soin.

Ainsi, « créer du réseau » implique la **mise en relation des différents acteurs**, à la fois autour de ces discussions et réunions centrées sur les prises en charge ; mais d'une façon plus globale dans la **rencontre physique** des différents acteurs, la **collaboration** autour de projets communs et le **partage d'expérience**.

M1 : « je pense au cardio qui ferait bien de discuter avec le néphrologue, les hépato et les cardios aussi par exemple, hépato et néphro pourquoi pas. »

M3 :

« En fait, le vrai problème enfin ce qui me frustre, c'est que je sais pas comment ça se passe chez eux. Moi j'ai pas bossé à l'hôpital de Chinon, je suis pas passé en stage là bas, donc je sais pas comment tourne la boutique. Et on manque un peu de porosité mais ça de toute façon c'est à l'échelle du système de santé entre le libéral et l'hospitalier quoi. Ils ont sans doute des contraintes que je ne connais pas. »

« C'est marrant t'as l'impression de connaître les gens sans les connaître. Mais non je n'en connais que très peu, et c'est évident qu'ils ont des contraintes que je ne connais pas, et je pense que ça m'aurait aidé d'avoir bossé dans cet hôpital là pour connaître comment ça marche, pour que ce soit plus fluide. »

M8 :

« si y'a besoin de l'hôpital vu qu'on se connaît y'a un échange facile »

« quand le dossier est connu dans l'hôpital les collègues de Sainte Maure me disent toujours « ah mais t'inquiètes même si il n'y a pas de place, on se débrouille, on va en trouver de la place » »

C. Une communication optimisée au service de la prise en charge

1. Les fondements d'une communication efficace

Au fur et à mesure des entretiens, il a été abordé la communication entre la ville et l'hôpital ainsi qu'avec les spécialistes, et notamment ses atouts sur le territoire. Dans l'optique de la création d'une consultation de médecine polyvalente, il paraît nécessaire d'appliquer ces grands principes : **réactivité, disponibilité et accessibilité**.

M2 :

« J'ai été appelée [...] et du coup j'ai pu lui caler un rendez-vous plus rapidement »

« c'est facile de les avoir au téléphone en cas de décompensation »

M6 : « un accès direct, via un contact téléphonique avec les médecins du court séjour »

M7 : « une prise en charge globale rapide au final »

M8 :

« une hospitalisation dans un délai de 2 jours, avec des examens déjà calés quand le patient rentre, elle me dit quoi faire en attendant »

« hop un coup de téléphone en service polyvalent et on hospitalise, dans un délai raisonnable. »

M9 : « C'est très réactif. »

Au sein des *verbatim*, nous avons également relevé la notion de **confraternité**, dans plusieurs dimensions différentes. La première fait référence à la **qualité de la réception de l'information** téléphonique par le praticien hospitalier. En effet, il doit veiller à garder une **empathie** et à proposer des solutions à son interlocuteur.

M3 : « le médecin que j'avais eu au téléphone avait strictement rien dit et quand j'ai eu fini y'a eu un blanc et elle me dit "bah vous l'avez fait le bilan de chute, c'est bon". Et je me suis senti ultra seul et ça m'a fait flipper à mort. »

M8 : « je tombe sur une collègue (je ne sais plus qui c'est), qui est très compréhensive, qui s'intéresse au sujet donc on programme la prise en charge »

La deuxième dimension à laquelle veiller est le **respect de la légitimité du médecin traitant**, tant sur son statut de référent que dans la remise en question de son suivi, sa prise en charge. Cette relation de confiance mutuelle est à encourager.

M3 : « Parce que j'aurais l'impression de ne pas avoir une question précise à poser et j'aurais l'impression que je fais pas mon boulot. Pas que je me débarrasse du patient mais que j'ai l'impression que c'est mon taff et que j'ai qu'à le faire. Si j'ai la flemme j'ai qu'à le dire tout de suite. »

M4 : « Alors je lui ai dit "écoute moi bien mon petit camarade, t'es bien gentil, peut être que tu penses que je suis un petit gamin qui vient de s'installer mais j'ai 30 ans de médecine générale derrière moi, et quand j'étais interne ou médecin à ta place jamais j'aurais laissé ressortir cette patiente". »

M7 :

« Je pense que ça peut être intéressant en complément de notre travail à nous »

« le but n'étant pas de trop se remettre en question non plus (rigole) »

Bien que cela ne soit pas chose facile, il conviendrait de s'adapter à son interlocuteur. Cela serait facilité par la connaissance mutuelle des médecins, comme dit précédemment.

2. Les supports de communication à privilégier

Les échanges s'appuient sur des canaux de communication, indispensables à la **transmission de l'information**. Le moyen privilégié et évoqué dans l'intégralité des entretiens est le **téléphone**. Il est gage de réactivité et permet de lever le filtre du récit. Il permet un échange facilité et une interaction dont le seul égal est la conversation en direct.

M2 : « J'ai été appelée, ils m'ont raconté un peu ce qu'il s'était passé à l'hôpital et du coup j'ai pu lui caler un rendez-vous plus rapidement et j'ai trouvé la prise en charge plutôt pas mal sur ce point là »

M3 : « il y a eu un échange téléphonique où on sait ce qu'il s'est passé, ce serait vraiment pas mal »

M5 : « Sachant que quand même le téléphone ça existe et qu'on peut résoudre des problèmes avec le téléphone. »

M6 : « un accès direct, via un contact téléphonique avec les médecins du court séjour. »

M7 : « Quand il y a un soucis, ils n'hésitent pas à nous appeler »

M8 : « je pense qu'il faut qu'on prenne notre téléphone, il faut qu'on demande d'échanger avec les collègues de l'hôpital, il faut qu'on donne des infos précises sur ce que l'on cherche tout ça... »
« Il faut qu'on prenne notre téléphone, qu'on échange les infos, et dans ce cas là ça se passe toujours bien. »

M9 : « Bah la première c'est que j'ai eu l'un des médecins au téléphone ce matin. Il m'appelait pour faire préciser les antécédents d'une patiente actuellement hospitalisée dans le service »

Le deuxième canal de communication abordé est le compte-rendu d'hospitalisation. Dans notre cas, il s'agirait d'un **compte rendu de consultation**.

Il faut noter que la rapidité d'obtention du courrier est vraiment plébiscitée et renforce le lien hôpital-ville. Il serait essentiel d'assurer une réactivité de transmission de ceux-ci si la consultation de médecine polyvalente est mise en place (notamment grâce à la coopération avec les secrétaires et/ou assistantes médicales, comme dit précédemment).

M3 : « Pour bosser on a ce qu'il faut, des comptes rendus qui sont clairs et qui arrivent suffisamment vite donc ça c'est bien »

M6 : « Ils ressortent avec un courrier, c'est cohérent. »

M7 : « Alors moi je pense qu'il est bon parce qu'on a donc un compte-rendu rapide, après le passage en hospitalisation »

« Là par exemple j'ai reçu un courrier pour un patient qui est sorti le 13 et on est le 18. Donc ce retour rapide là il est appréciable. »

M9 : « maintenant on a le courrier qui arrive avec le patient, parfois même avant et ça s'est vraiment énormément amélioré. »

Il est important de transmettre un compte-rendu de consultation complet et rapide. Au même titre que ce compte-rendu, il est important que le **courrier d'adressage** en consultation soit lui aussi complet. Cette difficulté potentielle a été relevée dans deux entretiens.

M3 : « Là, je me mets à la place du PH qui va être là, qui va se retrouver avec un pauvre courrier [...] et bah c'est bien beau mais il faut qu'il puisse répondre à la question avec tous les éléments, comment ils font ?

M8 : « ce patient, si je l'avais adressé via les urgences, avec un courrier à peu près bof, sans avoir fait de bilan un peu poussé avant au cabinet, ça se serait peut être perdu dans le lot. Parce qu'il aurait été adressé avec un mauvais courrier, un bilan lacunaire... »

Face à cette limite d'adressage, une piste au sujet d'un **document de liaison commun**, réparti sur le territoire de la CPTS pourrait être intéressante à explorer.

*M9 :
« la présence d'un classeur de liaison »*

« il a cette fiche de liaison pour les patients maintenus à domicile uniquement, les pompiers savent qu'il doivent recherche une pochette à l'intérieur qui contient : le volet médical de synthèse ; les antécédents ; la personne à prévenir ; les professionnels médicaux et paramédicaux ; les organismes sociaux qui interviennent »

Toutefois, un document de liaison universel est déjà existant : le **dossier médical partagé**. L'optimisation et la généralisation de son utilisation pourrait être une réponse aux difficultés d'adressage et de partage des informations entre les différents intervenants.

M3 :

« Mais dans ce cas se pose le problème du dossier : comment on fait ? Parce que c'est bien beau, tu dis au patient "aller là vous faites un point global en médecine polyvalente à l'hôpital, on reprend tout" mais comment tu donnes la possibilité aux gens de bien faire ? »

« comment ils font ? Parce que moi j'ai tout mon dossier, j'ai tout les comptes rendus et tout donc j'ai pu prendre le temps que je voulais et voilà, j'ai pu faire mon obsessionnel mais il faut avoir les éléments. »

M4 : « Après moi je découvre hein ... là où j'étais avant tout le dossier il était là hein - montre sa tête - Aujourd'hui le problème c'est que ça a été très compliqué pour moi .Des dossiers énormes j'en ai récupéré des tas. »

M8 : « Parfois le problème vient aussi du fait que les informations se perdent entre les différents lieux de consultation chez les spécialistes, notamment les consultations qui sont initiées par le patient : là on n'a pas le compte rendu...

Parfois on a quand même des problèmes avec les gynecos et les psychiatres... les ophtalmo n'écrivent jamais non plus... donc dans le cadre de la polypathologie c'est problématique de ne pas savoir ce qui fait et dit. »

M9 : « c'est pour ça que je pense qu'avec le DMP il y a des choses qui vont être simplifiées. »

D'autres canaux de communications ont été développés pendant les entretiens, de façon plus marginale. L'utilisation des **mails** est une solution permettant un partage d'information rapide, et de façon protégée (messageries cryptées).

M5 : « Moi je suis pas mail, après c'est une alternative aussi. »

M7 : « La plupart du temps par mail rapidement (via mmssanté) »

Enfin, il a été évoqué la **télécommunication**, notamment pour la réalisation des réunions de dossiers complexes pouvant répondre à la problématique de l'éloignement géographique des différents intervenants (notamment les médecins spécialistes).

M1 : « Réunion Zoom pour un patient, pourquoi pas »

3. Inclure les aidants

Si le terme « complexe » est utilisé concernant ces prises en charges en tant que médecin, donc en tant que « sachant » ; il paraît évident que cela l'est tout autant pour le patient concerné.

La présence d'un accompagnant, d'un aidant, est primordiale dans ces prises en charge pour faciliter deux choses : la **logistique** (transport, administratif, etc) et la **compréhension** globale de la prise en charge, des consignes, etc ; et donc l'adhésion aux soins.

M4 :

« on reprenait de A à Z tous les problèmes à régler avec éventuellement une belle-fille, une voisine, une cousine qui donnait un coup de main. »

« C'est vrai que quand on a une dame de compagnie ou un enfant qui accompagne, déjà les choses sont beaucoup plus simples. »

« On a donc dû rappeler la fille pour s'assurer qu'elle avait bien compris »

M6 : *« Parce que ça pourrait être des gens alités, dépendants. Donc dans ce cas, il faut le transport en ambulance et l'accompagnement ».*

Il conviendrait d'insister sur la présence d'un tiers pour la participation à cette consultation de médecine polyvalente, d'en faire une condition *sine qua none*.

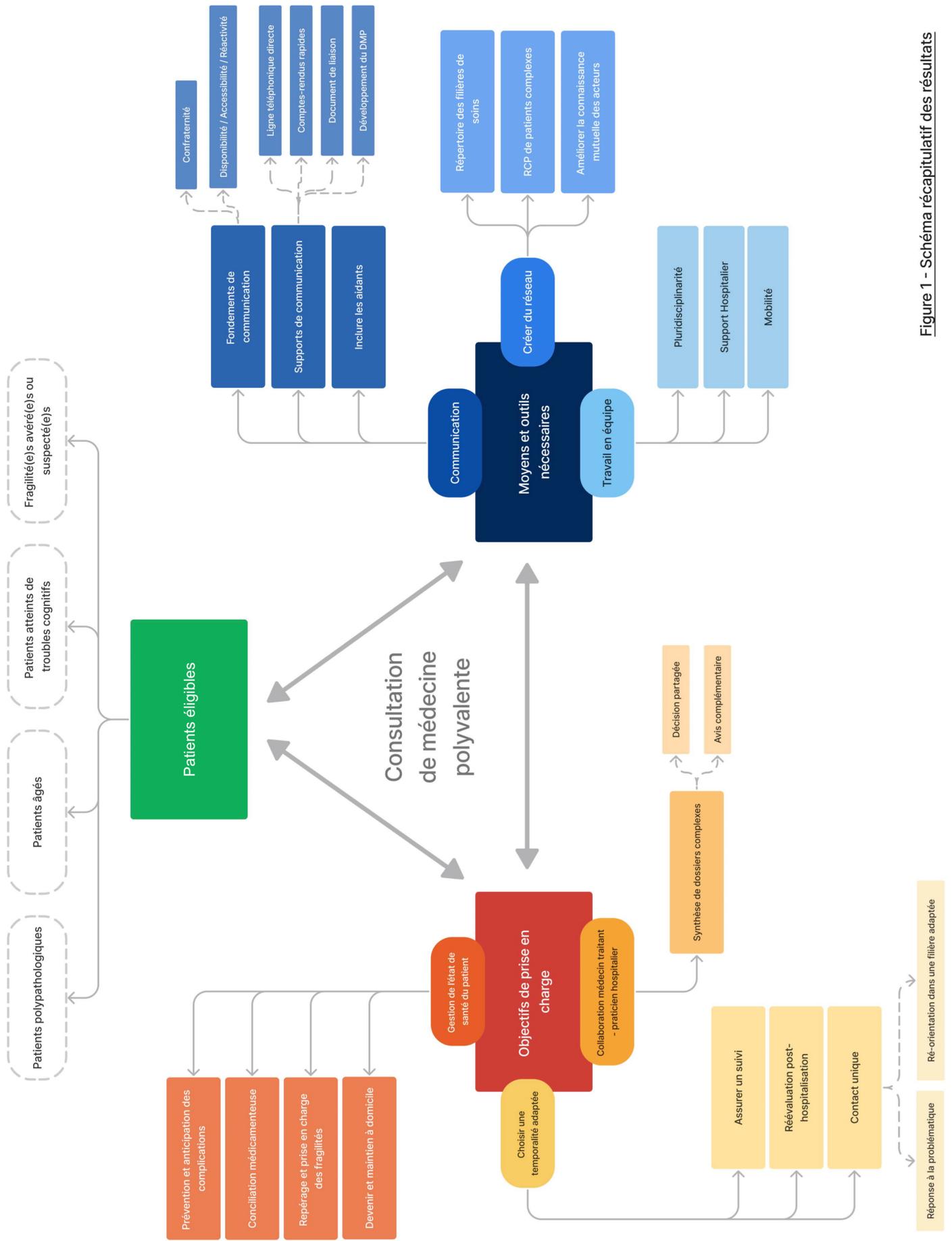


Figure 1 - Schéma récapitulatif des résultats

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

1. Force méthodologique principale

La force principale de notre étude est la triangulation réalisée pour l'analyse des résultats. Ce procédé consiste à confronter les résultats d'analyse du chercheur principal avec ceux d'une autre personne. Seuls les résultats communs sont exploités, permettant ainsi de limiter les biais d'interprétation dont le biais de confirmation (tendance à privilégier les informations qui confirme les idées pré-conçues du chercheur).

2. Sujet de l'étude

L'une des forces de l'étude est l'objectivité de son sujet, et notamment l'échelle locale choisie. Le chercheur qui a mené ce travail a l'expérience de l'exercice ambulatoire sur le territoire de la Rabelaisie et de l'activité hospitalière dans de multiples services du Centre Hospitalier du Chinonais. Le choix d'évaluer l'intérêt d'une interface Ville-Hôpital ambulatoire, accessible aux médecins généralistes et pour laquelle les praticiens hospitaliers sont compétents, naît d'une réflexion issue de la pratique médicale locale. Le chercheur connaît donc les contraintes de chacun ce qui a facilité les échanges pendant les entretiens, tout en veillant à garder une juste distance pour ne pas influencer les réponses.

B. Limites de l'étude

1. S'appropriation de la méthode qualitative

La méthodologie de recherche qualitative se distingue des études quantitatives par de nombreux points : objectifs, échantillonnage, méthode d'analyse, etc.

Tout au long du premier et du second cycle du cursus médical, seule la méthodologie quantitative est enseignée. Il est assez déstabilisant de découvrir ce nouveau mode de recherche, tant nous sommes « formatés » à la rigueur et l'objectivité des statistiques.

Notre travail visait à étudier l'intérêt porté à la mise en place d'un nouveau dispositif sur le territoire de la Rabelaisie : il ne s'agit pas de données quantifiables. Un intérêt porté à quelque chose est un sentiment subjectif dont il faut explorer les déterminants. Le choix de la méthode qualitative était le plus adapté.

Cependant, cette initiation a fait naître des doutes dans l'esprit du chercheur, se rapportant intuitivement (et de façon inadaptée) à des concepts de recherche quantitative.

L'adaptation du guide d'entretien au gré des éléments apportés par les médecins interrogés, pourtant conseillée et normale dans cette méthodologie [23], était assez déroutante. Ici, on s'éloigne des principes de reproductibilité des interventions de la méthode quantitative.

De plus, la subjectivité laissée au chercheur quant à la suffisance et la saturation des données est elle aussi perturbante. Bien que ce sentiment soit inconscient [23], comment ne pas penser à la puissance de son étude. Avons-nous interrogé suffisamment de médecin ? Des entretiens supplémentaires auraient-ils pu, malgré la redondance des données, apporter des éléments nouveaux et essentiels ?

Malgré l'utilisation d'outils méthodologiques reconnus [21] [23] [24], l'étude comporte plusieurs biais objectifs que nous avons essayé d'identifier.

2. Biais de sélection

L'échantillonnage raisonné se fait de façon inductive [23], c'est-à-dire que les caractéristiques de la personne interrogée et les résultats obtenus pendant l'entretien guident l'inclusion des suivants. Cependant, nous avons choisi d'inclure directement trois médecins dans notre étude, sélectionnés selon des critères d'âge, de sexe, de répartition géographique et de conditions d'exercice. Le reste de l'échantillonnage a respecté les règles de la méthodologie qualitative.

Le phénomène étudié dans ce travail est plutôt organisationnel, sur un territoire précis. Pour étudier cela, il paraissait important au chercheur de prendre en considération les facteurs décrits ci-dessus tant ils sont déterminants dans l'exercice de la médecine et la prise en charge des patients.

Toutefois, nous remarquons que le recrutement au sud du territoire de la C.P.T.S a été assez pauvre en comparaison du reste. Cela s'explique par la faible densité de médecins installés mais constitue un biais de sélection.

3. Biais de mémoire

Les biais mnésiques sont liés au fait que l'individu interrogé va avoir tendance à se souvenir plus aisément de certains éléments plutôt que d'autres.

L'effet de récence se traduit par le fait de se souvenir plus facilement des derniers éléments auxquels il a été exposé [25]. Cet effet peut donc orienter les réponses de la personne interrogée vers les derniers items d'une liste communiquée oralement par l'enquêteur.

Dans le guide d'entretien, le recrutement des patients en médecine polyvalente est cité (annexe 1). On y parle de patients atteints de maladies chroniques et de prise en charge globale, ce qui a certainement orienté le discours des médecins rencontrés.

4. Biais d'indexation

Lors de l'analyse des verbatim, il faut éviter le « piège de l'indexation » selon Jean-Pierre Lebeau et Isabelle Auger-Aubin [23].

L'indexation correspond à un codage superficiel, c'est-à-dire à relever des notions purement descriptives dans le discours du médecin interrogé plutôt que d'y rechercher le sens profond ou caché. Dans notre étude, certaines étiquettes (ou mot-clés de l'analyse) sont le fruit d'une indexation. Pour celles-ci, il n'existait pas de meilleure description du phénomène abordé que celle utilisée par les médecins interrogés, aux yeux du chercheur.

II. Des résultats encourageants pour répondre aux défis de demain

A. S'adapter à l'évolution de la pratique de la médecine

1. Recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle

La diminution du nombre de médecins, le vieillissement de la population médicale et la féminisation de la profession expliquent en partie la diminution du temps médical disponible. [6] [7]

La recherche d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle est un autre facteur qui explique ce phénomène. Ce sont les deux médecins interrogés les plus âgés qui ont évoqué ce changement générationnel. Et cela ne fait que commencer.

Chaque génération a des attentes différentes par rapport au monde du travail, et cela ne concerne pas uniquement les jeunes médecins. Aux États-Unis, dans les années soixante, le Pr McGregor du M.I.T (Massachusetts Institut of Technology) constate que les attentes des salariés par rapport à leur entreprise étaient différentes selon leurs générations. [26]

À ce jour, quatre générations cohabitent sur le marché du travail : [26] [27]

Les « Baby-boomers », nés entre 1945 et 1964, dont le rapport au travail est assez fort, pour vulgariser, qui « vivent pour le travail ».

La génération « X », regroupant les personnes nées entre 1965 et 1979, travailleurs « classiques » dont le travail régit le statut social. Ils « travaillent pour vivre ».

La génération « Y » ou « *Millenials* », nés entre 1980 et 1994. Chez eux naît le concept d'épanouissement professionnel et d'équilibre vie professionnelle - vie personnelle. Ils « travaillent pour eux »

La génération « Z » ou « Zoomers », nés entre 1995 et 2009. Pour résumer, leur rapport au travail est le suivant « Je ne crois plus au travail, ma vie commence quand j'en sors ».

La génération « Z » intègre petit à petit les rangs des effectifs médicaux. Élevée à l'ère d'internet, des réseaux sociaux, de l'innovation et des crises (économiques, sanitaires, sociales, environnementales, géopolitiques, ...), cette génération vit dans l'insécurité et l'incertitude constantes. La quête de sens au travail et la prise en compte de la santé mentale sont primordiales pour ces jeunes. Bien que pour eux la priorité soit donnée à la vie personnelle, il persiste une place importante accordée au travail, lieu d'innovation et de changements sociaux positifs. [28]

Selon Daniel Lüscher, auteur d'une thèse de doctorat portant sur l'analyse des besoins des jeunes médecins, et directeur des cliniques Hirslanden de Berne, la génération « Z » est plutôt « conservatrice ». [29]

Il précise que le travail « médical » a une place très importante pour ces jeunes médecins qui se désintéressent des tâches administratives (gestion financière notamment). De même, la rémunération à l'acte ou les incitations financières ne sont pas plus séduisantes pour eux. Cela explique donc à l'attrait de plus en plus marqué pour la salariat. [7] [8]

De plus, ils ont une volonté profonde d'exercer une médecine plus juste socialement. L'ambiance au travail, la flexibilité des horaires, l'activité variée et stimulante sont les clés de l'engagement des jeunes.

Les politiques de santé publique n'ont pas anticipé ce changement de paradigme, bien qu'il se dessinait au fur et à mesure des années. L'investissement sans limite des anciennes générations pour leur patientèle n'est plus une norme aujourd'hui. Par conséquent, le monde de la santé doit s'adapter et s'adapte déjà. Cela suggère que la mise en place de dispositifs d'appui à la gestion des problématiques complexes et chronophages, quelqu'ils soient, serait aidant pour les médecins généralistes installés et ceux à venir.

2. Manque de reconnaissance financière du temps investi

Selon Jean-Pierre Lebeau et Isabelle Aubin-Auger, les « F.A.T » sont les concepts suivants : le manque de Formation ; le manque d'Argent et le manque de Temps. [23] Ils correspondent à des conclusions superficielles et évidentes des études qualitatives quelque soit le thème abordé et donc peu pertinentes.

Dans notre développement nous parlons de « manque de reconnaissance financière du temps investi » qui se distingue du manque de temps et du manque d'argent. Les médecins interrogés ne déclarent pas manquer de temps ou d'argent, mais ils nuancent en expliquant que le temps investi n'est pas reconnu à la hauteur de la complexité de la tâche, ce qui peut mener au désinvestissement. En effet, le temps de gestion administrative, le temps passé au téléphone, ou le dépassement du temps imparti en consultation ne correspondent pas à des actes de la

nomenclature. Ils ne sont donc pas directement rémunérés et cela peut poser problème aux médecins généralistes.

Bien que peu nombreuses, il paraît important de souligner que des rémunérations complémentaires existent pour valoriser ces prises en charge. Tout d'abord, il existe des actes que les médecins peuvent coter : [30] [31]

La Visite Longue (V.L) - 60€, correspond à une consultation « très complexe ». Ses règles ont évolué au 1er avril 2022. Elle peut être utilisée lors d'une visite à domicile pour les patients atteints de maladie neuro-dégénératives, les patients en soins palliatifs, les patients de plus de 80 ans en ALD, ou pour les nouveaux patients soit en ALD soit de plus de 80 ans. Elle peut être utilisée une fois par trimestre civil, soit quatre fois par an. Concernant les soins palliatifs, il n'existe plus de limite au nombre de visites longues depuis le dernier règlement arbitral de mai 2023.

La première consultation d'un nouveau patient en ALD au cabinet est revalorisée à 60€ contre 25€ depuis le 15 mai 2023.

La Majoration de suite d'hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque (M.I.C) - 23€ (qui s'ajoute au « G ») dans les deux mois suivants la sortie.

La Majoration de Suivi de Sortie d'Hospitalisation (M.S.H) - 23€ (qui s'ajoute au « G »), dans le mois suivant la sortie.

À cette rémunération à l'acte se rajoute une rémunération au forfait : le « forfait patientèle médecin traitant » (F.P.M.T), versé par l'assurance maladie. [32]

De façon annuelle, le médecin traitant reçoit 42 € (46 € au 1er avril 2024) par patient en ALD, ou par patient de plus de 80 ans ; et 70€ par patient en ALD de 80 ans ou plus.

Mais ces rémunérations complémentaires ne semblent pas suffisantes pour reconnaître la charge de travail des médecins généralistes libéraux.

B. Faire face à la transition épidémiologique

1. Préciser la définition des profils de patient

À propos de la « polypathologie » :

La polypathologie est difficile à définir. D'ailleurs, il n'existe pas de consensus. Cela renvoie à une approche globale centrée sur le patient contrairement à la co-morbidité, plutôt centrée sur une maladie.

Fortin décrit la polypathologie comme « *la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période* » [33]. La Société Française de Médecine Générale s'accorde sur cette définition, tout en distinguant « pathologie chronique » et « facteur de risque cardiovasculaires » [34].

L'OMS définit les maladies chroniques comme « *des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme. Leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociales, psychologiques et économiques de la vie du malade* ». [33]

Dans le Code de la sécurité sociale (2008), on trouve une définition de la polypathologie qui rassemble les éléments principaux des deux citations ci-dessus. Elle correspond à l'ALD 32 et se définit comme « *plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois* ». [33]

Enfin, la Haute Autorité de Santé (H.A.S), définit la « personne âgée polypathologique » comme âgée de plus de 75 ans et ayant au moins trois maladies chroniques reconnues en ALD, ou toute autre pathologie chronique invalidante et/ou nécessitant des soins (insuffisance rénale chronique, hypertension artérielle, arthrose invalidante, etc) [35].

On le sait, la fréquence de la polypathologie augmente avec l'âge [1]. Mais la polypathologie n'est pas synonyme de grand âge, et inversement. En 2012, Barnett mène une étude sur un échantillon représentatif de 1,7 millions de personnes en Écosse et montre que le nombre de patients polypathologiques était plus élevé chez les moins de 65 ans [33].

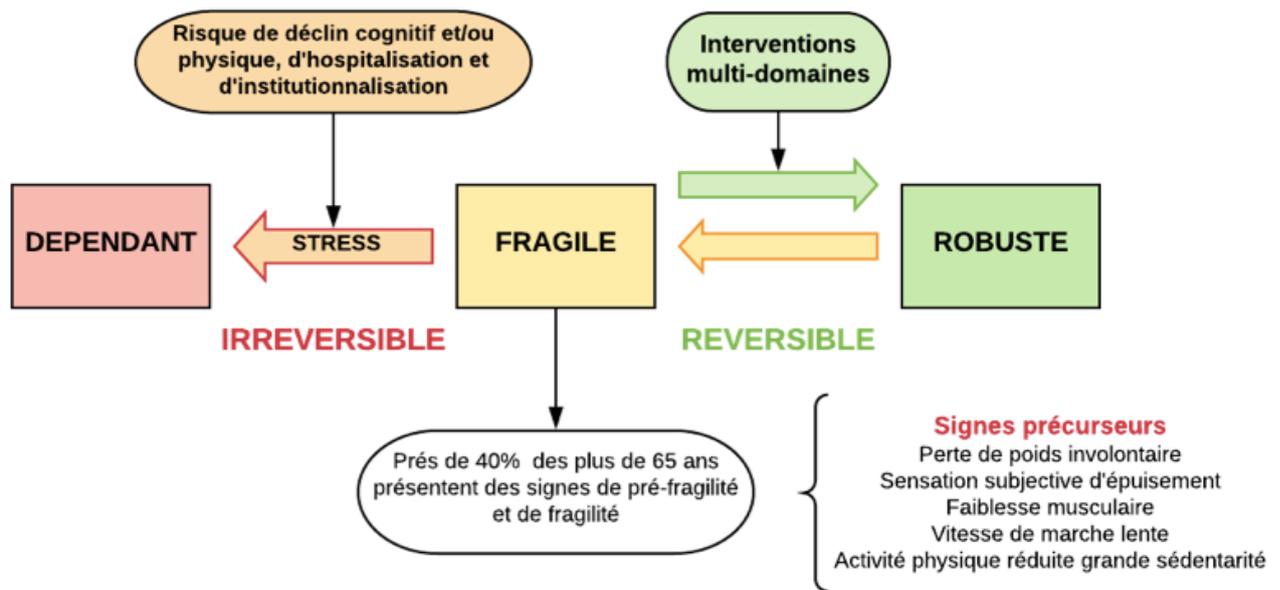
La polypathologie a des conséquences multiples comme la perte d'indépendance fonctionnelle, la diminution de la qualité de vie ou la dépression [33]. Elle est aussi un facteur de risque de déficit sensoriel ainsi que de vulnérabilité sociale [35].

À propos de la « gériatrie » et de la « fragilité » :

La médecine gériatrique s'adresse aux patients âgés de plus de 65 ans. Ils sont classés selon trois catégories : les personnes âgées « robustes », autonomes et sans maladie chronique ; les personnes âgées « fragiles », qui montrent des signes de déficience de certaines capacités fonctionnelles (état réversible) ; et les personnes âgées « dépendantes », qui nécessitent des soins lourds [36].

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (S.F.G.G) a retenu la définition suivante de la « fragilité », selon Rolland (2011) : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des réserves physiologiques qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.* » [37]

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de chutes, d'incapacités, d'hospitalisations, d'entrée en institution et de mortalité [37]. L'âge est le facteur de risque principal de la fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut diminuer ou retarder ses conséquences, ce qui en fait un processus potentiellement réversible.



D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

À propos des « situations complexes » :

Un patient complexe, en pratique ambulatoire, est un patient chez qui diverses problématiques médicales et/ou contextuelles s'additionnent et s'entremêlent. Il est porteur de plusieurs maladies chroniques, est (en général) âgé, a un recours aux soins important, est souvent hospitalisé pour de longues périodes, nécessite de nombreux traitements, et est limité dans les activités de base de la vie quotidienne ce qui a des conséquences sociales.

Une situation « maitrisable » en ville peut devenir « ingérable » en cas de processus aigu surajouté. Chaque nouvel évènement nécessite un nouveau cadre de prise en charge.

On considère que les patients complexes représentent 5 à 10% des prises en charge ambulatoires. Parmi ceux-là, on estime que 30% reçoivent des soins insuffisants, et que 30% reçoivent des soins inappropriés (traitements médicamenteux notamment) [38].

2. Améliorer la prise en charge des patients poly-pathologiques

Repérer et prendre en charge les critères de fragilité :

À ce jour, diverses méthodes sont utilisées et validées pour dépister le syndrome de fragilité.

Tout d'abord, les critères de Fried (2001) peuvent s'appliquer aux patients de 65 ans et plus. Cinq critères sont à rechercher : une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an ; un épuisement ressenti par le patient (subjectif) ; un ralentissement de la vitesse de marche ; une diminution de la force musculaire ; et une augmentation de la sédentarité [36]. On parle de patients « fragiles » lorsqu'ils présentent trois critères ou plus. Ils sont « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Il s'agit d'un dépistage difficile à mettre en place en ambulatoire car la mesure de la vitesse de marche et de la force musculaire nécessite du temps et un équipement spécifique (dynamomètre).

Rockwood a proposé un modèle de dépistage de la fragilité (2005). Celui-ci est plus complexe car il intègre une multitude de facteurs : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités [36].

Le gérontopôle de Toulouse a proposé une grille de repérage de la fragilité en médecine générale (disponible en annexe), validée par la Haute Autorité de Santé et recommandée par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (2013). Elle se compose de quatre questions portant sur les capacités physiques du patient ; une question sur l'entourage social ; et une question qui explore la présence de troubles mnésiques. Si la réponse est positive à l'une des six questions, il faut alors répondre à une septième question sur le sentiment subjectif du médecin au sujet de la fragilité perçue de son patient. Si cette dernière réponse est positive, le patient doit être adressé pour une évaluation plus poussée [39].

Mais la référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est l'Évaluation Gériatrique Standardisée (E.G.S). Elle correspond à une évaluation approfondie des capacités fonctionnelles (autonomie ADL et IADL), cognitives (MMS), tissu social, situation financière et facteurs environnementaux, santé mentale (GDS ou mini-GDS), capacités physiques (capacités sensorielles, marche notamment). Il ne s'agit pas d'un repérage facile à faire en ambulatoire, mais elle peut être réalisée en consultation spécialisée [40].

Des consultations gériatriques existent depuis septembre 2021 sur le Centre Hospitalier du Chinonais [41]. Elles sont réalisées par certains praticiens hospitaliers du service de Court Séjour Gériatrique. Elles ont pour l'instant un objectif de réévaluation post-hospitalisation, mais une réflexion est engagée afin d'en élargir le champ d'action.

Des hospitalisations de jour dans ce service sont également possibles. Des E.G.S sont réalisées à cette occasion. Malgré l'existence de ce dispositif, les bilans gériatriques sont plutôt réalisés à l'occasion d'hospitalisations complètes.

Le dépistage des fragilités et leurs prises en charge pourrait être fait par le praticien hospitalier dans une hypothétique consultation de médecine polyvalente. Le patient pourrait être adressé suite à dépistage par le médecin traitant ; le praticien hospitalier pourrait assurer une évaluation standardisée et proposer une prise en charge adaptée. Les objectifs sont multiples :

limiter la perte d'autonomie, limiter le risque chute et limiter le risque d'hospitalisation et de décès [39] [40].

Prévention et anticipation des complications des maladies chroniques :

La Haute Autorité de Santé propose une stratégie de prise en charge pour les patients polyopathologiques de plus de 75 ans [35].

Le but est de réaliser une évaluation multi-dimensionnelle. L'objectif principal est de préciser les diagnostics des maladies chroniques afin d'optimiser les traitements de fond. Cela peut être réalisé à l'aide d'une grille P.M.S.A (Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé - disponible en annexe). Elle permet de confronter les diagnostics (et leurs preuves), le stade évolutif des pathologies chroniques et les médicaments utilisés. On y précise les Affection Longue Durée (ALD), les adaptations à la fonction rénale, les associations à risque et des annotations si nécessaires.

Les facteurs pouvant favoriser des décompensations sont mis en évidence et surveillés attentivement ; l'ordonnance peut être révisée, en supprimant notamment les prescriptions inutiles, en proposant des alternatives non médicamenteuses ; et des interventions peuvent être proposées (Plan Personnalisé de Soins - PPS, programme d'éducation thérapeutique, etc) en accord avec le patient et son entourage.

Cette évaluation rappelle les grands principes de la Visite Longue réalisée par le médecin traitant au domicile des patients, si possible en présence des aidants [30]. Ses objectifs sont définis par l'Assurance Maladie et comprennent l'évaluation de l'état du patient (autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences) et l'évaluation la situation familiale et sociale notamment.

Le processus de la H.A.S est bien codifié, reproductible et se déroule en quelques étapes simples. Celui-ci pourrait également s'adapter à des patients plus jeunes, dans le cadre d'une consultation longue ou d'une hospitalisation de jour. De surcroît, le praticien hospitalier pourrait émettre des recommandations de suivi et de surveillance pour les différentes pathologies (biologie, imageries, suivis spécialisés, etc) et le rythme auquel réaliser ces-derniers.

À propos de la « polymédication » et de la conciliation médicamenteuse :

Comme la « polypathologie », la « polymédication » n'a pas de définition unanime. Selon la Haute Autorité de Santé, c'est lorsqu'un patient prend régulièrement plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs pathologies chroniques [42]. En 2012, selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), plus de 10 % des patients âgés de 75 ans ou plus prenaient entre 8 à 10 médicaments par jour [33].

La polymédication augmente le risque d'interactions et d'effets indésirables [42] ; d'hospitalisations d'origine médicamenteuse [43] ; et de prescriptions en cascade, définit comme

l'initiation d'un nouveau traitement en réponse à un effet indésirable [44]. Cette situation est d'autant plus risquée lorsqu'il existe plusieurs prescripteurs différents [45].

Une réflexion autour des prescriptions est essentielle et doit être mise en avant. D'ailleurs, l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé prennent des mesures en ce sens.

D'abord, la mention du volet « médicamenteux » dans la lettre de liaison de sortie après une hospitalisation constitue depuis quelques années l'un des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [46].

Et puis, les médecins généralistes sont encouragés à réduire certaines prescriptions à risque. Le Respect des Objectifs de Santé Publique (R.O.S.P) est une liste d'objectifs à atteindre pour le médecin traitant, pour lesquels il reçoit une rémunération forfaitaire annuelle l'incitant à les respecter. Parmi ceux-là, il existe un onglet « iatrogénie » qui vise à limiter la co-prescription de deux psychotropes ou plus chez les patients de plus de 75 ans (hors ALD pour troubles psychiatriques) ; la prescription de benzodiazépines hypnotiques de plus de 4 semaines ; et la prescription de benzodiazépines anxiolytiques de plus de 12 semaines [47].

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui permet de réfléchir aux médicaments pris et à prendre par le patient, à l'occasion d'une nouvelle prescription [48]. En pratique, elle est surtout réalisée en début d'hospitalisation.

Cela se fait en trois étapes : l'identification exacte de la liste de médicaments pris par le patient (multi-source) ; la réalisation d'un bilan médicamenteux et la discussion en équipe des divergences mises en évidence. Elle rejoint ici les principes de la grille PMSA, comme citée ci-dessus [35]. Des aides sont disponibles pour remplir au mieux cette dernière [45].

L'étude Polychrome a été réalisée en 2009 par un groupe de médecins et de pharmacologues. Elle consistait en une optimisation de 11 ordonnances représentatives de polyopathologies chroniques (médicaments cardiovasculaires, benzodiazépines, antalgiques, inhibiteurs de pompe à proton ...). Cela a permis la réduction d'un tiers du nombre des médicaments, soit un quart des contre-indications et près de la moitié des interactions médicamenteuses [49]. Bien que difficile à réaliser seul en cabinet, ce travail suggère la création d'équipes qualifiées pour optimiser les prescriptions des patients « polymédiqués ».

En Nouvelle-Aquitaine, un groupe de travail pluri-professionnel autour de la conciliation médicamenteuse a été créé. Leurs travaux de simplification d'ordonnance ont révélé que l'un des leviers principaux de la iatrogénie était l'amélioration de la communication Ville-Hôpital [50].

En résumé, le praticien hospitalier pourrait réaliser une évaluation du traitement médicamenteux afin d'émettre des recommandations sur des adaptations de traitement : mise au clair des indications, associations à risque, contre-indications, risque d'effets indésirables ou effets indésirables avérés, vigilance et adaptations selon certaines situations. Cette conciliation médicamenteuse pourrait être réalisée de concert avec un docteur en pharmacie. De plus, il pourrait s'ajouter à cela une discussion autour de recommandations de bonnes pratiques récentes, sorte de veille bibliographique au service des médecins traitants.

A propos du travail en équipe :

Dans les conclusions du groupe de travail dirigé par le Pr Diot sur les enjeux de démographie médicale pour la prise en charge des patients polyopathologiques, il est notifié que le suivi de ces patients doit faire appel à des spécialités transversales (médecine interne et gériatrie), en appui aux médecins généralistes, en apportant une réponse coordonnée pluridisciplinaire, voire pluriprofessionnelle [11].

La prise en charge des patients complexes doit donc être holistique (globale). Elle doit mobiliser différents domaines médicaux, paramédicaux, sociaux et nécessite l'intervention d'une équipe interprofessionnelle et adaptable. [38]

Le praticien hospitalier, seul, ne peut pas apporter une réponse globale. Son évaluation initiale, par contre, permettrait d'orienter le patient vers les membres de son équipe : évaluation de la marche par le kinésithérapeute, consultations paramédicales (orthophonie, diététique), aide aux démarches administratives avec une assistante sociale, etc. L'Hôpital se dessine comme un support essentiel à cette prise en charge. Le plateau technique qu'il propose, les compétences et l'expérience du personnel qui y travaille sont les clés de soins optimaux.

3. Sécuriser le maintien à domicile

Les problématiques liées au maintien à domicile sont exprimées de façon quasi-unanime par les médecins interrogés dans notre étude. La mise en place d'un plan d'aide, la gestion administrative, l'anticipation de la perte d'autonomie et les adaptations du lieu de vie ne sont pas choses faciles en ville.

Pour favoriser le maintien à domicile, la discussion doit prendre en compte diverses contraintes dont : les souhaits du patient, les souhaits des proches aidants, et les possibilités techniques et humaines nécessaires. Cette discussion doit être engagée avec une assistante sociale dédiée à l'évaluation des besoins.

Cependant, nous sommes parfois confrontés à des situations très complexes (précarité, vulnérabilité). Les liens avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (D.A.C) sont à renforcer. Dans l'Indre-et-Loire il s'agit d' « Appui Santé 37 » [51].

Les D.A.C sont des plateformes d'appui qui favorisent le maintien à domicile lorsqu'une situation est jugée complexe. Ils ont été créés en juillet 2019 par la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé (O.T.S.S) afin de regrouper les différents dispositifs d'appui aux parcours de santé d'un même territoire. L'objectif était de simplifier leur accès et de clarifier cette offre [52].

Leurs missions sont les suivantes : l'information et l'orientation vers les ressources du territoire de santé ; l'évaluation globale (socio-environnementale et médicale) ; l'organisation de concertations entre les différents professionnels intervenant ; l'élaboration d'un plan personnalisé

de coordination en santé ; le soutien aux aidants ; la sécurisation des retour à domicile après la sortie d'hospitalisation ; et la facilitation des démarches pour accéder aux aides et aux droits [51].

Bien souvent, les acteurs sociaux locaux (notamment les assistantes sociales de secteur) et territoriaux (D.A.C) trouvent leurs limites face à une demande croissante.

C. Poursuivre l'engagement dans le virage ambulatoire

1. Historique et objectifs du virage ambulatoire

Historique du virage ambulatoire :

La politique du « virage ambulatoire » est avant tout une décision économique afin de réduire le déficit public lié aux dépenses hospitalières. Ce processus a commencé au début du XXIème siècle. L'idée est simple : déplacer les actes en dehors des structures hospitalières, dans l'objectif de réduire le nombre de lits nécessaires et donc de diminuer la masse salariale [53].

La deuxième motivation, elle, est d'améliorer le confort du patient en le replaçant dans son environnement et en favorisant la « décision médicale partagée » concernant l'orientation des soins en ambulatoire ou non [52].

Cependant les projections ne semblent pas atteintes. Dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022, Agnès Buzin alors Ministre de la Santé souhaitait augmenter le taux des soins en médecine ambulatoire à 55%. En 2022, ce taux atteint seulement 20% [53]. Les décisions de santé publique semblent avoir été prises essentiellement sur des considérations économiques sans tenir suffisamment compte des données épidémiologiques et sociales. Les moyens nécessaires ne semblent pas avoir suffisamment été anticipés, en témoigne une augmentation proportionnelle des remboursements par l'Assurance Maladie qui y sont liés ? Les économies attendues en 2018, fixées par l'ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie), n'étaient pas au rendez-vous selon la Cour des Comptes [53].

Au delà des limites économiques, le virage ambulatoire s'accompagne d'un risque d'une modification de la qualité des soins. Cette politique peut renforcer les inégalités de santé chez les patients isolés ou précaires, ne bénéficiant pas de sécurité à domicile. De plus, il existe un risque de sollicitation excessive pour les aidants. Au Québec en 2001, une étude pointait du doigt la banalisation de la complexité et des exigences des soins ; et montrait aussi que le contexte du domicile contribue à complexifier ces soins [54].

Objectifs pour la médecine ambulatoire :

Malgré les difficultés auxquelles se heurte le « virage ambulatoire », les politiques de santé publique continuent leur engagement dans cette voie et le système de santé doit s'adapter.

Le champ de la « médecine ambulatoire » est large et ne répond pas à une définition unique. Elle réunit toutes les prises en charge ne rentrant pas dans le catalogue des actes de la nomenclature et ne nécessitant pas de nuitée à l'hôpital.

Il s'agit d'un format séduisant, notamment pour les patients ayant une représentation culturelle assez péjorative de l'Hôpital comme montré dans notre étude.

D'une façon générale, les objectifs du virage ambulatoire pour le volet « médical » sont le transfert des activités réalisées en hospitalisation complète vers des consultations de ville ou vers le secteur ambulatoire hospitalier (consultations externes et hospitalisations de jour) ; le transfert précoce de l'Hôpital vers la ville pour permettre « un retour sécurisé des patients à leur domicile après un séjour hospitalier » ; la réduction des hospitalisations non nécessaires pour favoriser le maintien à domicile ; et la diminution des durées de séjour en hospitalisation complète [52].

2. Développer et promouvoir les filières de soin du patient polypathologique

Définition d'une filière de soin :

Une filière de soin est une trajectoire de prise en charge pour un patient atteint d'une pathologie précise avec une organisation et une gradation des soins cohérentes autour d'acteurs et d'établissements de santé. Elles ont été créées pour améliorer la visibilité de l'offre de soin et améliorer la coordination des différents acteurs [55].

À l'échelle hospitalière, la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (G.H.T) par la loi de modernisation du système de santé en janvier 2016 est une impulsion marquante à l'optimisation des parcours.

Par exemple, sur le bassin Chinonais, la filière gériatrique est bien identifiée. La collaboration des médecins traitants et des praticiens hospitaliers du service de Court Séjour Gériatrique favorise tant que possible les admissions directes dans le service [41]. De plus, la réalisation de consultations mémoire sur adressage des médecins traitants (file active de 372 patients en 2020) et de consultations gériatriques complètent cette filière [41].

Développer les filières de soin du patient polypathologique :

De nombreuses filières sont déjà existantes à la échelle nationale pour la prise en soin du patient poly-pathologique et/ou âgé, notamment la filière « médecine - gériatrie ». Elle se compose, par exemple, de plusieurs éléments : les consultations externes, les hospitalisations de jour de médecine ou de rééducation, les équipes mobiles et les programmes de retour à domicile (PRADO). Ces dispositifs représentent une interface entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

La consultation externe se définit comme un rendez-vous physique entre un patient et un professionnel de santé et peut être pluri-professionnelle.

Selon la D.R.E.E.S (Direction de la Recherche des Études et de l'Évaluation des Statistiques), les usagers les plus fréquents des consultations externes sont les patients âgés de 55 à 74 ans. Dans 2/3 des cas, ces patients ont été adressés suite à une consultation préalable auprès de leur médecin généraliste (ou médecin spécialiste traitant de ville). [56]

Elle permet de faire de la prévention, du diagnostic et une évaluation du patient. Souvent, elle est la porte d'entrée dans une filière [57].

L'**hospitalisation de jour (H.D.J)** correspond à la séquence « admission - réalisation de soins - retour à domicile » dans une même journée, sans nuitée. Elle permet la réalisation de bilans plus complets, de soins, d'administrations de traitements et de surveillances ne pouvant être faits en consultation externe. Elle représente l'une des pierres angulaires du virage ambulatoire.

L'« HDJ-MCO », pour les hôpitaux de jour de spécialités médicales, a une activité variée : bilan cognitif ; bilan de chute et de troubles de la marche ; bilan de fragilités ; diabète ; bilan global de patients difficiles à prendre en charge en médecine de ville ; douleurs ; hémodilution pour les acrosyndromes invalidants ; ponction d'ascite ; transfusion ; prise en charge du patient B.P.C.O (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) ; prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et diététique ; etc [58].

L'« HDJ-SSR », de Soins de Suite et Réadaptation, a une activité tout aussi variée : prise en charge locomoteur, cognitivo-comportementale, neurologique, cardio-respiratoire ou éducation thérapeutique [58].

Il peut aussi s'agir de programme de rééducation ville-hôpital, à l'image du projet « EVACorse » de réhabilitation cardiovasculaire chez les patients à haut risque [52].

À Chinon, il existe déjà un HDJ de gériatrie. Un travail est en cours pour la mise en place d'un Hôpital de Jour de Médecine Polyvalente et de Soins de Suite et Réadaptation dans le cadre du Projet d'Établissement 2023-2027.

Pour permettre un retour précoce et sécurisé des patients à domicile après une hospitalisation complète, l'Assurance Maladie a créé le **système PRADO** (Programme de Retour À Domicile). Deux filières sont intéressantes dans le cadre de notre étude : la filière « personnes atteintes de polyopathologies chroniques » (insuffisance cardiaque, AIT/AVC et BPCO) ; et la filière « personnes âgées de 75 ans et plus ». Cette prise en charge permet une planification des rendez-vous et du suivi médical à la sortie d'hospitalisation. Elle fluidifie le lien ville-hôpital en renforçant la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant [59]. Ces filières pourraient être développées et encouragées sur le territoire du Chinonais.

On peut aussi citer les **H.A.D** (Hospitalisations à Domicile) avec la création de plusieurs valences, qui complètent l'activité socle (ou générale), comme l'HAD-R pour « Rééducation » qui sera intéressante pour notre population.

Enfin, la mise en place d'une **Équipe Mobile Gériatrique (E.M.G)** semblerait répondre aux besoins des médecins généralistes de la Rabelaisie, à la fois par ses missions et par sa mobilité au domicile des patients.

La première E.M.G a vu le jour au Centre Hospitalier Régional d'Orléans en 1992. Leur généralisation a été actée par la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 [60].

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires composées au minimum d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Elles interviennent au sein de services hospitaliers, en consultation, et en extra-hospitalier (domicile ou institution), pour améliorer la prise en charge globale des personnes âgées fragiles et diffuser les bonnes pratiques gériatriques [61] [62].

Les missions des équipes mobiles gériatriques sont la réalisation d'évaluations médico-psycho-sociales (repérage des incapacités à court terme) ; l'ajustement des prescriptions (et le cas échéant, la proposition d'un plan de soins) ; l'anticipation des limites du maintien à domicile (le cas échéant, la proposition un plan d'aide adapté) ; et la programmation d'une hospitalisation (C.S.G, S.S.R ou H.D.J) si jugée nécessaire [62].

A Chinon, il y a un projet de création d'une équipe mobile extra-hospitalière de « repérage de la fragilité de la personne âgée », avec comme point d'ancrage la filière « chute » [41] [63].

Clarifier et promouvoir l'offre de soin :

Malgré la création des filières, il existe un manque de lisibilité de l'offre de soins en médecine ambulatoire (spécialisée de ville ou hospitalière). Cette difficulté, que nous constatons dans notre étude, concerne à la fois les patients, les professionnels de santé et les Agences Régionales de Santé (A.R.S) [52]. L'orientation au sein des filières dépend donc des ressources du patient et/ou du médecin. Il existe un risque d'adressage par défaut (perte de chance et d'inégalité face au système de soins), ou d'orientation par excès (filières inadaptées et engorgement de ces filières).

Pour répondre à cette problématique, plusieurs actions ont été mises en place : la création des G.H.T ; le renfort des équipes de soins primaires (M.S.P, centres de santé, Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour de Patients - E.S.P.C.L.A.P) ; l'intégration de professionnels de santé de second recours au sein des M.S.P ; la création des C.P.T.S ; le développement des D.A.C ; etc.

Toutefois, la création d'un référentiel de l'offre de soin de second recours à l'échelle territoriale, répertoriant les modalités d'adressage et les critères d'éligibilité, interactif et mis à jour régulièrement, semble être une solution à privilégier. Ce projet est recommandé par le rapport du Haut Conseil de Santé Publique sur le développement du virage ambulatoire (Préconisation n°19), à l'image de l'outil « VISUCHIR » pour la chirurgie ambulatoire [52] [54].

D. Renforcer davantage le lien Ville-Hôpital

Les hôpitaux de proximité ont une place centrale dans le lien entre la ville et l'hôpital. Ils jouent un rôle dans l'organisation des soins de proximité et l'exercice coordonné des professionnels. Selon le Ministère de la Santé, ils représentent le « *réel trait d'union entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux pour proposer une offre de soins davantage structurée et des parcours de soins plus fluides pour les usagers* » [64]. Le travail de concert avec les C.P.T.S doit être encouragé.

1. Se connaître pour échanger et construire des projets communs

La méconnaissance mutuelle des acteurs de ville et hospitaliers :

Le lien Ville-Hôpital est souvent impacté par la méconnaissance mutuelle des médecins de ville et des praticiens hospitaliers. La formation initiale de chacun en est l'une des origines. Elle est souvent « hospitalo-centrée » pour les spécialistes, et orientée vers l'ambulatoire pour les médecins généralistes. L'autre origine à cela sont les rares rencontres physiques entre ces acteurs [10]. De ce fait, chacun ne connaît (et ne comprend) pas les contraintes qui s'imposent à l'autre. La création de la Formation Spécialisée Transversale (F.S.T) de médecine polyvalente pour les médecins généralistes est une réponse marquante à cette problématique [11].

Création de réunions de dossiers complexes :

La discussion de dossier dans l'optique d'une prise de décision partagée a été évoquée par plusieurs médecins lors de nos entretiens. Ces réunions de dossiers complexes, organisées par le praticien hospitalier, pourraient répondre à des problématiques médicales tout en améliorant la connaissance mutuelle des acteurs de ville et hospitaliers.

En 2014, la Haute Autorité de Santé définit les Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles (R.C.P) comme « indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment » [65] et elles encouragent la « culture pluri-professionnelle » [66].

Au Centre Hospitalier de Fécamp, des staffs hebdomadaires entre médecins libéraux et praticiens hospitaliers ont été créés pour organiser de façon collégiale les examens, les adaptations thérapeutiques et les hospitalisations proposés au patient [19].

De plus, au sein des M.S.P, ce genre de réunions sont déjà organisées avec les acteurs du quotidien. Elles font d'ailleurs partie des critères socles de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (A.C.I) qui formalise les règles des installations en M.S.P (ou autre formation pluriprofessionnelle) [65]. Elles doivent être régulières (au moins six fois par an). Elles répondent à

un objectif d'amélioration des prises en charge par le partage d'informations et des prises de décisions [66].

Les thèmes principaux abordés sont les suivants : les patients atteints d'affections sévères compliquées ou décompensées ; les patients pour lesquels une intervention interdisciplinaire est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle ; ou encore les patients complexes, en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté. Elles peuvent déboucher sur l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (P.P.S) pour un patient ou l'élaboration de protocoles dans le cadre d'un exercice coordonné [66].

La participation du praticien hospitalier à des R.C.P déjà existantes au sein de M.S.P pourrait être une alternative à l'organisation de celles-ci. Il ferait bénéficier le patient et l'équipe de soins primaires d'un regard différent et complémentaire.

Co-piloter des projets communs de territoire :

Il n'existe pas d'instance officielle de concertation entre professionnels de ville et praticiens hospitaliers. De plus, il n'existe pas de dispositif réglementaire qui prévoit une coordination entre G.H.T et C.P.T.S. En effet, la notion de « Territoire » a souvent une définition géographique différente d'un organisme à l'autre (G.H.T, C.P.T.S, D.A.C, etc).

Dans notre territoire d'intérêt, la Rabelaisie, la cartographie de la C.P.T.S est assez fidèle au bassin d'influence du Centre Hospitalier du Chinonais [14], à l'exception du Pays d'Azay-Le-Rideau à l'Est, ce qui est une chance pour co-construire des projets.

Le Haut Conseil de Santé Publique encourage l'organisation de réunions d'amélioration des pratiques intersectorielles pluri-professionnelles associant usagers et patients [52].

Elles permettraient de définir des projets avec comme objectifs l'amélioration de la santé de la population ; l'amélioration de la prise en charge de chaque patient ; et cela au meilleur coût pour la société. Des expérimentations menées dans le cadre de l'I.P.E.P (Incitation à une Prise En charge Partagée) sont soutenues par la Fédération Hospitalière de France (F.H.F) et en phase expérimentale dans certains G.H.T, notamment pour améliorer la prise en charge du diabète et de l'insuffisance cardiaque [52].

Au total, l'optimisation de la prise en charge des patients renvoie à l'importance de la coordination des parcours entre ville et hôpital. Dans la filière oncologique, il existe des infirmières de coordination qui assurent ce lien. Ce métier pourrait se généraliser au parcours d'autres pathologies chroniques, voire au parcours des patients polypathologiques.

Ainsi, des postes d'IDEC (Infirmier Diplômé d'État de Coordination) pourraient être créés au sein des C.P.T.S et des hôpitaux, en temps partagé, comme recommandé par la Haut Conseil de Santé Publique [52]. Cette tâche pourrait même être assurée par un binôme médecin-infirmier.

2. Améliorer la communication Ville-Hôpital

La communication Ville-Hôpital est largement reconnue défailante par les médecins et les usagers [19] [20] [52] [67]. Elle peut générer une augmentation de la morbi-mortalité, pourtant évitable. Il est primordial de poursuivre son amélioration.

Développer les « outils socles » : Dossier Médical Partagé (D.M.P) et messageries sécurisées

L'un des objectifs de la création des CPTS est l'utilisation des outils « socles » à savoir le dossier médical partagé et les messageries sécurisées de santé (M.S.Santé et APYCRIP) [15].

Le Dossier Médical Partagé (D.M.P) a été instauré par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. L'objectif était que chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie en dispose à partir de 2007 [19]. Cependant, à peine créé, le déploiement du D.M.P marque un coup d'arrêt par la réduction des budget alloués à sa généralisation. Apparaissant comme une base de données incontournable pour la mutualisation des données entre professionnels de ville et hospitaliers, son déploiement reprend à partir de 2015 [19].

Les différentes lois de santé publique, et notamment celle de 2016, encouragent encore davantage son développement. À l'été 2021, près de 10 millions de D.M.P sont ouverts [68]. Les professionnels libéraux et hospitaliers se voient progressivement équipés de logiciels « DMP-compatibles » [15].

Cette interface unique réunit les historiques de traitements et d'ordonnances ; les antécédents et les allergies ; les comptes rendus (imagerie, hospitalisations, consultations) ; les résultats biologiques et les directives anticipées. De plus, le médecin traitant peut y rédiger un Volet de Synthèse Médicale (V.S.M), qu'il peut mettre à jour régulièrement [68].

En Indre-et-Loire, le Groupement Hospitalier de Territoire (G.H.T 37) est en train d'uniformiser ses logiciels professionnels pour adopter un logiciel hospitalier unique.

Le Centre Hospitalier du Chinonais transmet déjà ses comptes-rendus d'hospitalisation par mail (via messagerie sécurisée) aux médecins libéraux.

Les lettres de liaison :

Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, mis en vigueur au 1er janvier 2017, impose aux établissements de santé la rédaction d'une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation selon une charte préconisée suite au Programme National de Sécurité du Patient (PNSP) et recommandée par la Haute Autorité de Santé [69] [52]. Elle doit être remise en main propre aux patients et envoyée le jour-même au médecin traitant (messagerie ou courrier sécurisé) [52].

Cette réactivité est grandement appréciée par les médecins interrogés dans notre étude. Dans le cas de la création d'une consultation de médecine polyvalente, ces résultats suggèrent une réactivité similaire de la part du praticien.

A ce sujet, le Haut Conseil de Santé Publique émet également une préconisation. Il conseille d'établir des indicateurs de qualité de la lettre de liaison de sortie pour les séjours de moins de 24h identiques à ceux d'une hospitalisation de plus de 24h [52]. De même, le Conseil National des Professionnels de Gériatrie émet des recommandations similaires pour la consultation et l'hôpital de jour gériatrique [57].

La lettre de liaison d'adressage du médecin traitant doit elle aussi veiller à être tout aussi complète [70]. Il doit veiller à transmettre les informations nécessaires à la sécurité et à la qualité du parcours du patient. Toutefois, la généralisation du D.M.P favorisera à terme la transmission de ces informations.

Le Document de Liaison d'Urgence (D.L.U) :

Depuis 2015, la rédaction d'un Document de Liaison d'Urgence (D.L.U) est recommandée par la H.A.S pour les personnes vivant en institution (EHPAD surtout) [71]. Il permet, en cas d'urgence, de sécuriser la prise en charge en donnant les informations nécessaires à des prises de décisions justes (noms des intervenants médicaux et paramédicaux, antécédents, personnes à prévenir, traitements habituels, etc).

Depuis 2021, son utilisation a été élargie aux patients en situation complexe vivant à domicile : le « DLU-dom » (disponible en [annexe](#)) [72].

Dans notre étude, ce document a été mentionné. Il est instauré dans une partie précise du territoire. La généralisation d'un document de liaison ou d'un volet médical de synthèse, actualisé de façon régulière, dans l'attente du déploiement du D.M.P, doit être encouragée.

Ligne téléphonique :

La présence d'une ligne téléphonique directe est nécessaire et indispensable à une bonne communication Ville-Hôpital. Elle est mentionnée de façon unanime dans notre étude, et est largement reconnue comme un outil incontournable [73] [74].

À Chinon, le service de Court Séjour Gériatrique et le service de Médecine Polyvalente possèdent tous deux une ligne directe pour échanger et organiser des admissions directes, de 9h à 18h30 du lundi au vendredi, mais aussi pour des conseils.

III. Perspectives

Cette étude ouvre la voie à d'autres travaux de recherche pour la pratique et l'organisation des soins.

Tout d'abord, le dépistage des fragilités et leurs prises en charge semblent être des éléments déterminants du parcours de soin des patients poly-pathologiques.

Comme cela a été précisé dans le paragraphe précédent, des outils de repérage existent [39]. La pertinence de leur utilisation pourrait être étudiée sur le territoire de la Rabelaisie. Un projet de coopération entre les professionnels de la C.P.T.S et ceux de l'hôpital pourrait même aboutir à l'élaboration d'un outil commun.

De plus, afin d'élargir le repérage des patients fragiles ou pré-fragiles, le service des urgences pourrait être mis à contribution. Les patients admis pour « chute » et retournant à domicile pourraient faire l'objet de l'envoi d'un courrier type aux médecins traitants de la Rabelaisie. Celui-ci les inviterait à faire preuve de vigilance quant aux autres marqueurs de fragilités, et si besoin les adresser pour évaluation standardisée en consultation de médecine polyvalente.

Si le repérage est optimisé, il paraît essentiel de poursuivre le développement des moyens pour y répondre. Bien que cette étude suggère l'intérêt d'étoffer la filière du patient poly-pathologique sur le territoire, elle pointe les limites d'une simple consultation.

Ce travail pourrait être complété d'une réflexion sur le déploiement d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation des patients polypathologiques, sur un temps plus long comme une hospitalisation de jour. Ce format pourrait permettre une intervention pluriprofessionnelle et simultanée comme cela est plébiscité, tant dans la littérature que dans cette étude.

Dans l'optique de la mise en place d'un tel dispositif, les modalités d'adressage doivent elles-aussi être travaillées de concert entre médecins libéraux et hospitaliers. Cette réflexion pourrait mener à la rédaction d'une lettre de liaison type réunissant les différentes informations nécessaires à l'initiation du travail hospitalier.

Enfin, il n'existe pas d'instance commune entre la C.P.T.S de la Rabelaisie et le Centre Hospitalier du Chinonais bien qu'ils assurent ensemble la prise en charge d'une même population. Les représentants des communautés médicales sont conviés aux instances principales de chacun, mais cela n'en fait pas un espace de réflexion commun. Peut-être faudrait-il réfléchir à la création de temps d'échange et de co-construction de projet dédié entre ces différents intervenants.

Pour finir, la connaissance mutuelle des acteurs semble être la clé pour donner une impulsion à l'initiation et l'aboutissement de ces pistes de réflexion. Pour ce faire, la participation commune à des Formations Médicales Continues (F.M.C), autour de thèmes d'intérêt commun, pourrait être un moyen simple de remettre la relation humaine entre praticiens de ville et hospitaliers au coeur de ces projets.

CONCLUSION

Les défis qui se dessinent pour la médecine générale de demain sont nombreux. L'évolution des pratiques est marquée par la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. La transition épidémiologique génère des situations complexes de plus en plus nombreuses. L'exigence économique et sociale de poursuivre et de réussir le virage ambulatoire est sous-tendue à l'amélioration de la coordination entre la Ville et l'Hôpital.

La mise en place de consultation de médecine polyvalente hospitalière sur le territoire de la Rabelaisie pourrait aider à gérer à ces problématiques.

Elle s'adresserait à des patients polypathologiques, en situation complexe, pour compléter l'action du médecin traitant dans la prévention et l'anticipation des complications des maladies chroniques, la juste prescription médicamenteuse, le repérage des fragilités et l'optimisation du maintien à domicile.

Néanmoins le praticien hospitalier, seul, ne peut pas assurer cette prise en charge globale. Le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire est indispensable. D'autres formats ambulatoires pourraient être proposés, comme la création d'un hôpital de jour ou la constitution d'une équipe mobile extra-hospitalière dédiés à l'évaluation du patient polypathologique. La co-construction de ces projets entre professionnels de ville et hospitaliers permettrait d'assurer la fluidité du parcours de soin de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). L'état de santé de la population en France. Les dossiers de la DREES. Numéro 102. Septembre 2022.
- [2] Debaudre C. La communication entre médecine générale et médecine hospitalière. Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers Val de Reuil. Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Université de Rouen. Juin 2012.
- [3] Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Espérance de vie à 65 ans en 2021. Juillet 2023. URL : [https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/europe/20_DEM/23_DME/23H_FigureE2#:~:text=C'est%20un%20cas%20particulier,par%20%C3%A2ge%20de%20l'ann%C3%A9e.&text=Lecture-,En%202021%2C%20l'esp%C3%A9rance%20de%20vie%20%C3%A0%2065%20ans%20est,Union%20europ%C3%A9enne%20%C3%A0%2027%20pays.]
- [4] Haute Autorité de Santé [HAS]. Note méthodologique et de synthèse documentaire : prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015.
- [5] Site LegiFrance.gouv.fr. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Juillet 2009. URL : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483#:~:text=4130%2D1.,l'%C3%A9ducation%20pour%20la%20sant%C3%A9.]
- [6] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2022.
- [7] Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Rhône-Alpes. Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice.
- [8] Debaudre C. La communication entre médecine générale et médecine hospitalière. Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers Val de Reuil. Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Université de Rouen. Juin 2012.
- [9] Site internet de la Société Française de Médecine Polyvalente (SFMP). Page de présentation. Consulté le 01/06/2022. URL : [<https://www.sfmp.org/accueil/qui-sommes-nous>]
- [10] Groupe de travail sous la présidence du Pr Morlat P. Médecine polyvalente à l'hôpital. Rapport et recommandations établis par la Fédération Hospitalière de France. Juin 2018.

[11] Groupe de travail sous la direction du Pr Diot P. Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé - Personnes âgées polypathologiques : quels enjeux de démographie médicale. Décembre 2019.

[12] Grelier JC. Député. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant l'orientation pour l'avenir de la santé. Tome I. Octobre 2018.

[13] Bauduin F. Rapport annuel du Contrat Local de Santé (CLS) du Pays Chinonais. 2021.

[14] Site internet de la fédération URPS Centre-Val-de-Loire. Onglet CPTS de la Rabelaisie. Consulté le 07/06/2022. URL : [<https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/les-cpts-de-la-region-cvdl/toutes-les-cpts/cpts-de-la-rabelaisie>]

[15] Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Rapport d'août 2018.

[16] Site internet du Centre Hospitalier du Chinonais. Onglet historique. 2018. Consulté le 14/06/2022. URL : [<https://www.ch-chinon.fr/historique.html#:~:text=1967%20%3A%20Cession%20au%20CHRU%20de%20Tours&text=En%201979%2C%20des%20travaux%20d,66%20lits%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20construite.>]

[17] Ninat S. Livret d'accueil de l'interne dans le service de médecine polyvalente du CHC. Actualisation 2021.

[18] Données du D.I.M. du CH de Chinon. Activité du service de médecine polyvalente du 1er janvier 2022 au 30 mars 2023.

[19] Lavenu G. Mémoire de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique : L'optimisation du lien Ville-Hôpital et la coordination des parcours de santé. L'exemple du CH de Fécamp. Octobre 2018.

[20] [Baromètre santé 360 Odoxa, « Nouveaux usages en santé », Mars 2018, Consulté le 08/06/2022. URL : [<http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-360-sante-numerique-permettra-t-de-redresser-satisfaction-recul/>].

[21] Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann B, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.

[22] Aubin-Augier I, Stankiewicz B., Lebeau JP, Mercier A, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *exercer* 2010;93:111-4.

[23] Lebeau JP. Aubin Auger I. Cadwallader JS. Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Janvier 2021.

[24] Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Nice. Mars 2013.

[25] Nicolas S. Effets sériels et effet de récence négatif. La psychologie cognitive. 2003.

[26] Site de Pôle Emploi. Millennials, Gen Z, Gen X...découvrez les attentes de vos jeunes collaborateurs. En ligne, URL : [<https://www.pole-emploi.fr/employeur/des-conseils-pour-gerer-vos-ress/generations-x-y-z--un-rapport-au.html>]

[27] Enquête Sodexo. Le rapport au travail selon les générations. Infographie. Mars 2023.

[28] Consortium National de Formation en Santé d'Ottawa. 6 astuces pour connecter avec les génération Z durant le stage. En ligne, URL : [<https://www.cnfs.ca/communications/blogue/entry/6-astuces-generation-z>]. Février 2023.

[29] Bulletin des médecins suisses. Simon Maurer. Interview retranscrite de Daniel Lüscher : « La génération Z est plutôt conservatrice ». En ligne, URL : [<https://bullmed.ch/article/doi/bms.2023.21843>]. Juin 2023.

[30] Site MG France. Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Article 15.2.3. En ligne, URL : [<https://www.mgfrance.org/nomenclature/2268-les-lettres-clef>]. Mai 2022.

[31] Site de l'Assurance Maladie. Convention médicale : le règlement arbitral a été remis au ministre de la Santé et de la prévention. En ligne, URL : [<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/convention-medicale-le-reglement-arbitral-ete-remis-au-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention#:~:text=La%20premi%C3%A8re%20consultation%20pour%20un,depuis%20le%2015%20mai%202023>]. Avril 2023.

[32] Site de l'Assurance Maladie. Le forfait patientèle médecin traitant. En ligne, URL : [<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>]. Juillet 2023.

[33] Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015.

[34] Société Française de Médecine Générale. Gestion des polypathologie. Fiche n°37. 2013.

[35] Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. Juin 2015. URL : [https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires]

[36] Observatoire Régional de la Santé. Détection de la fragilité. Atlas du vieillissement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En ligne, URL : [<http://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions#:~:text=les%20personnes%20E2%80%9Crobustes%20E2%80%9D%2C%20qui,sont%20class%C3%A9s%20dans%20cette%20cat%C3%A9gorie>]. 2019.

[37] Haute Autorité de Santé. Comment repérer les fragilités en soins ambulatoires ? Solutions et organisation des parcours. Juin 2013.

[38] Waldvogel F, Balavoine J-F, Perone N, Schusselé-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. Médecine des voyages. N° 340. Mai 2012.

[39] Haute Autorité de Santé. Comment repérer les fragilités en soins ambulatoires ? Solutions et organisation des parcours. Juin 2013.

[40] Stefanacci R. Évaluation gériatrique standardisée. Annual Wellness Examination. Mai 2022. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/%C3%A9valuation-g%C3%A9riatrique-standardis%C3%A9e>

[41] Bruant-Crasson B. Centre Hospitalier du Chinonais. Rapport d'activité 2020 Soins de Suites et Réadaptation et Court Séjour Gériatrique. 2021.

[42] HAS. Comment Améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Outil d'amélioration des pratiques professionnelles ? Octobre 2014.

[43] Legrain. Haute Autorité de Santé. Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005.

[44] Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ 1997; 315:1096.

[45] Bonnet-Zamponi D, Legrain S. Le tableau PMSA (Prescription Médicamenteuse du Sujet Âgé) diagnostics et ses modalités de remplissage pour les médecins en ville. Mars 2015.

[46] Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicaux en établissement de santé.

[47] Site de l'Assurance Maladie. La ROSP du médecin traitant de l'adulte. Onglet Iatrogénie. En ligne, URL : [<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>]. Janvier 2023.

[48] Ministère des solidarités et de la santé. La conciliation médicamenteuse. En ligne, URL : [<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>]. Novembre 2021.

[49] J. Le Breton, J Mousques, G. Hebbrecht, De Pourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et Organisation des soins. Volume 40. Mars 2009.

[50] Hiance-Delahaye, A., Teillet, L., Lechowsky, L., Aquino, J. P., & Harboun, M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, Novembre 2015.

[51] Site d'Appui Santé 37. Onglet « Nos Missions ». En ligne, URL : [<https://appuisante37.org/appui-sante-37/appui-a-la-coordination/>]. 2021.

[52] Haut Conseil de la Santé Publique. Virage ambulatoire : pour développement sécurisé. Collection Avis et Rapports. Juin 2021.

[53] Robert-Motta C. Santé : un virage ambulatoire en dessous des attentes. Site internet de Public Sénat. Article en ligne, URL : [<https://www.publicsenat.fr/actualites/non-classe/sante-un-virage-ambulatoire-en-dessous-des-attentes-218003>]. Aout 2022.

[54] Direction de la santé publique. Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Octobre 2001.

[55] EM Services. Qu'est-ce qu'une filière de soins dans le cadre des GHT ? En ligne, URL : [<https://emservice.fr/ems/index.php/2017/09/15/breve-ma-septembre/>]. Septembre 2017.

[56] Tellier S. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? Revue études et résultats - direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques (DREES). N°167 avril 2002.

[57] Conseil National Professionnel de Gériatrie. Consultations et hôpitaux de jour gériatriques. En ligne, URL : [<https://www.cnpgeriatrie.fr/consultations-hopitaux-de-jour/>]. 2022.

[58] Marion Joannides. Création d'un hôpital de jour pluridisciplinaire à l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray : projet et mise en place. Médecine humaine et pathologie. 2016. ffdumas-01426145f

[59] Site de l'Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile. En ligne, URL : [<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>]. Avril 2023.

[60] Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, Gauvain JB. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gérontologie et société vol. 31, n° 126, pages 91 à 103. Mars 2008.

[61] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. L'évaluation des équipes mobiles gériatriques. En ligne, URL : [<https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/resultats-de-recherche/levaluation-des-equipes-mobiles-geriatriques#:~:text=Les%20%C3%A9quipes%20mobiles%20g%C3%A9riatriques%20sont,la%20sp%C3%A9cificit%C3%A9%20de%20leurs%20activit%C3%A9s.>]. Aout 2019.

[62] Conseil National Professionnel de Gériatrie. Équipes mobiles de gériatrie - EMG. En ligne, URL : [<https://www.cnpgeriatrie.fr/equipes-mobiles-de-geriatrie-emg/>]. 2022.

[63] Site du Centre Hospitalier Universitaire de Tours. Parcours de soins du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre et Loire. Décembre 2016.

[64] Ministère de la Santé et de la Prévention. Les hôpitaux de proximité. En ligne, URL : [<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/newsletter/hopitaux-de-proximite-pour-une-prise-en-charge-au-plus-pres-des-besoins-de/hprox>]. Décembre 2022.

[65] Fédération des Maisons et Pôle de Santé de Normandie. Organiser des RCP. En ligne, URL : [<https://www.fmps-normandie.org/lexercice-coordonnes/vous-etes-en-msp/organiser-des-rcp/>]. 2019.

[66] Haute Autorité de Santé. Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Juillet 2015.

[67] Haute Autorité de santé. IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisé, 2018 et 2020

[68] Site de l'Assurance Maladie. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique. En ligne, URL : [<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique#:~:text=Le%20DMP%20est%20accessible%20de,pour%20les%20professionnels%20de%20sant%C3%A9.>]. Avril 2023.

[69] HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. Fiche d'utilisation. Octobre 2014.

[70] Auchère Vaillant S. Relations entre médecins généralistes et petits hôpitaux : l'exemple du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise. Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Université de Picardie Jules Vernes. Juin 2018.

[71] Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence domicile (DLU-Dom)/ OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. En ligne, URL : [https://www.has-sante.fr/jcms/p_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom]. Mars 2021.

[72] Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU). OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. En ligne, URL [https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu]. Juillet 2015.

[73] Gloriot S. Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. fahal-01932256

[74] Lacharme M. Relation Hôpital-Ville : satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas01801456f

ANNEXES - PARTIE 1 GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

1) Question n°1 : Idée générale de la coordination ville-hôpital

Le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Pourriez-vous me raconter une expérience passée de prise en charge d'un de vos patients dans ce service ?

Concernant cette prise en charge, qu'avez vous pensé de la coordination des soins du patient en collaboration avec le service ?

2) Question n°2 : Population d'intérêt

Le recrutement des patients en médecine polyvalente est le suivant :

- prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation,
- prise en charge des patients en fin de vie,
- des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.

Avez-vous le sentiment d'avoir le temps et les outils nécessaires à une prise en charge optimale de ces patients ?

3) Question n°3 : Notion de consultation externe de médecine polyvalente

Avez-vous déjà entendu parlé de consultation externes de médecine polyvalente ? Si oui, quelles informations possédez-vous à ce sujet ?

Sinon, que cela vous évoque-t-il ?

4) Question n° 4 : Profil de patient

Pour quel(s) profil(s) de patient(s) ou de pathologie(s) chronique(s) ou d'association de pathologies chroniques pensez-vous que cette consultation serait la plus pertinente ?

5) Question n° 5 : Aspects limitants ou freins

Y a t-il des freins qui vous viennent immédiatement à l'esprit lorsqu'on évoque le concept de consultations externes de médecine polyvalente ?

6) Question n°6 : Aspects positifs, bénéfice attendu

Quels seraient vos attentes et bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente ?
Qu'expliqueriez-vous au patient quant aux objectifs de cette consultation si vous l'y adressiez ?

7) Synthèse :

Pour conclure, seriez-vous favorable à un projet de consultation de médecine polyvalente sur l'hôpital de Chinon ?

ANNEXES - PARTIE 2

RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Premier entretien avec le médecin n°1 (M1)
Enregistré le 07/12/2022
Durée : 12 minutes et 10 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- Donc, la première question que je vais te poser c'est : « Le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de du territoire de santé de la CPTS de la Rabelaisie, et je serais intéressé de savoir si tu pouvais me raconter une de tes expériences passée avec le service de médecine qui te viendrait en tête, s'il y'en a une. Donc un de tes patients qui aurait été hospitalisé dans le service, et ce que tu en aurais retiré.

M1 :

J'en ai un certains nombre ouais (de patients hospitalisés).

Les patients y sont hospitalisés régulièrement, le plus souvent par les urgences.

J'ai pas de mémoire d'un patient que j'aurais hospitalisé en direct donc je vais te donner la manière stéréotypée qui correspond certainement à plusieurs patients : c'est à dire passage par les urgences, hospitalisation pour de la pathologie sub-aigue, et durée de séjour d'en moyenne moins d'une semaine.

- Ok

M1 :

Ça se passe plutôt bien, les courriers on les a pas immédiatement mais y'a du lien si y'a quoique ce soit.

- Ok. La question subsidiaire à tout cela, c'était qu'est-ce que tu as pensé de la coordination des soins autour de la prise de tes patients qui sont hospitalisés dans ce service là ?

M1 :

J'ai pas forcément très souvent d'appel du médecin ou de l'interne qui s'en occupe, j'imagine certainement que mes ordonnances sont parfaites et que mes patients sont très clairs sur leurs antécédents donc c'est parfait (rigole, ironique).

En revanche, en fonction de l'évolution et du souhait pour la suite c'est à dire le devenir du patient c'est là que souvent j'ai un lien avec l'Hôpital.

- Plutôt au moment de la sortie en fait ?

M1 :

Le lien est surtout au moment où s'organise le devenir ce qui n'est pas forcément le moment de la sortie et assez peu au début de l'hospitalisation.

Le lien se fait indifféremment avec les internes ou les médecins du service.

- *Ok ça marche*

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- *Donc le recrutement des patients des services de médecine polyvalente c'est le suivant, ce sont les données de la société française de médecine polyvalente :*

- *prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation,*
- *prise en charge des patients en fin de vie,*
- *des patients nécessitant une prise en charge globale médicale*

Est-ce que toi, tu as le sentiment d'avoir le temps et les outils nécessaires à une prise en charge optimale de ces patients ?

M1 :

C'est à dire s'ils n'étaient pas hospitalisés je pourrais les gérer de manière optimale en ville ?

- *D'une façon générale, est-ce que tes patients porteurs de maladies chroniques décompensées ou non, est-ce que tes patients dans des situations de fin de vie ou tes patients qui nécessitent une prise en charge médicale globale, est-ce que tu as l'impression que tu as le temps et les outils pour les prendre en charge correctement ?*

M1 :

Les patients en fin de vie, clairement non. On a des outils avec l'HAD qui sont plutôt bien mais qui ne correspondent pas à toutes les situations. Pour le coup une hospitalisation peut avoir un intérêt pour ces patients-là.

La décompensation d'une pathologie chronique, on est de plus en plus limités par les prescriptions qui sont limitées (en ville). Je trouve que les interdictions successives de certaines prescriptions sont délétères, je pense en pneumo aux nébulisations, tout ce qui est traitement cardio on est de plus en plus limités. On est limités par l'accès aux spécialistes aussi car quand ils étaient présents sur le territoire on pouvait avoir accès à ces prescriptions par leur biais. Et puis moins de cardios accessibles aussi, car je ne suis pas dépendant uniquement de Chinon mais de Saumur aussi et y'avait plus d'accessibilité à un moment donné mais maintenant les patients se retrouvent hospitalisés ou à Saumur ou à Chinon pour ces raisons là.

- *et les patients nécessitant une prise en charge globale ?*

M1 :

Concernant les patients qui nécessitent une prise en charge globale c'est-à-dire les patients qui ont besoin d'une prise en charge conjointe entre plusieurs spécialistes. Là, en général ce sont des patients qui décompensent et j'ai pas nécessairement le diagnostic initial d'une nécessité de recours à plusieurs spécialistes. Pour moi ils décompensent, ils décompensent. Il faut qu'ils soient hospitalisés et l'expertise se fait en hospitalisation.

- *Ok, ça marche*

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- *Est-ce que tu as déjà entendu parlé de la notion de consultation externe de médecine polyvalente*

M1 :

Non je n'ai jamais entendu parler de consultations externes de médecine polyvalente. Enfin, si, tu m'en as parlé mais avant ça non.

- *Quelles informations tu détiens à ce sujet ?*

M1 :

C'est intéressant de se dire que justement le patient qui décompense, qui serait vu en expertise par les urgences serait pas forcément vu en expertise pour un diagnostic mais pour un recours ou non à l'hospitalisation, je m'explique : le même patient si finalement plusieurs spécialistes estiment que dans leur spécialité il y a pas forcément de nécessité à une hospitalisation, cette expertise elle pourrait permettre d'éviter le recours à une hospitalisation, j'imagine, par l'anticipation de certaines décompensations, par l'accès à plusieurs spécialistes en même temps. Donc pour ce type de patient qui va finir par décompenser aux urgences parce qu'on n'a pas eu accès aux spécialistes, le recours à ce genre de consultation aurait un intérêt à mon sens.

Question 4 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- *Quelles pourraient-être tes attentes, quels pourraient être les bénéfices attendus de ce genre de consultation : un praticien hospitalier qui rencontre un de tes patients, tu as possibilité d'adresser l'un de tes patients, lequel serait-il ?*

M1 :

J'ai plusieurs noms de patients en tête, leurs points communs c'est plusieurs pathologies chroniques, où les traitements d'un spécialiste vont télescopés les traitements de l'autre spécialiste, où dans les courriers on ressent qu'ils ne sont pas en accord. Des fois ça se ressent, et j'ai plusieurs patients dans ces conditions là, qui ont souvent des insuffisances d'organes en fait, et plusieurs insuffisances d'organes qui vont pas bien ensemble, je pense au cardio qui ferait bien de

discuter avec le néphrologue, les hépato et les cardios aussi par exemple, hépato et néphro pourquoi pas. Le problème c'est souvent la discordance entre les traitements.

- *Ok*

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- *Quand on évoque ce concept de consultation de médecine polyvalente, est-ce qu'immédiatement il y aurait des aspects limitants qui te viennent en tête ?*

M1 :

A mon avis, pour mettre en place ce type de chose le fait que les spécialistes des différents organes soient accessibles me paraît important et notamment les spécialistes qui suivent chacun ce type de patient.

Je pense que faire du lien c'est aussi d'avoir un lien presque physique avec les spécialistes afin qu'ils puissent discuter. Alors j'imagine qu'une réunion immatérielle ce soit possible aussi, où il ne seraient pas forcément dans la même pièce.

En tout cas, l'organisation de ce temps-là me semble être assez compliqué. Réunion Zoom pour un patient, pourquoi pas, mais je suis sûr que le patient naïf de toute consultation qu'arrive à la première consultation, cette organisation elle est pas immédiatement possible, je pense que ça s'organise sur du suivi.

Le fait que les patients n'aient pas forcément de spécialistes à Chinon, ça me paraît être le truc un peu compliqué. Le fait que leurs spécialistes soient dans d'autres départements (c'est le cas pour pas mal de mes patients qui sont suivis à Saumur par exemple), je pense que ça rend les choses compliqués.

Je pense que l'interniste qui serait responsable de cette consultation doit avoir un réseau monumentale. Il faut avoir accès à tous ces spécialistes je pense.

En fait ce qui serait bien ce serait une réunion de dossier, quelqu'un qui aurait le temps d'asseoir chacun des spécialistes autour d'une table pour dire "ce patient là est problématique, il faut qu'on prenne des décisions ensemble" et l'intérêt premier il serait vraiment là. Pour les patients auxquels je pense aujourd'hui ce serait vraiment la cible qui me paraît la plus intéressante, y'en a peut-être d'autres auxquels je ne pense pas mais ça ouais.

- *Très bien*

Question 6 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- *Finalement, dans cette discussion tu as déjà répondu en partie à la question suivante qui correspond au profil de patient ou profil de pathologie chronique pour laquelle tu penserais que cette consultation elle serait la plus pertinente ?*

M1 :

BPCO, insuffisance cardiaque, troubles du rythme/patients sous anticoagulants, les néphropathies, hépatopathies dont insuffisance hépatocellulaire, tout ce qui pourrait favoriser les saignements et notamment les pathologies digestives, les anticoagulants ...

Conclusion : Synthèse de la discussion

- *En guise de conclusion de cette discussion, est-ce que tu serais favorable à la mise en place de ce projet là, est-ce que tu penses que c'est possible ?*

M1 :

Je pense que naïvement il y a énormément d'énergie à y mettre, je pense qu'effectivement si c'est fait, il va falloir pas mal ramer et je suis très très très preneur du carnet d'adresse du médecin qui le mettrait en place. (rigole)

*Deuxième entretien avec le médecin n°2 (M2)
Enregistré le 23/12/2022
Durée : 10 minutes et 04 secondes*

Question 1 : Coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- Alors pour commencer, le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que vous pourriez me raconter une de vos expériences passées de prise en charge d'un de vos patients dans ce service et me dire un petit peu ce que vous avez pensé de la coordination des soins autour de ce patient, en collaboration avec ce service là ?

M2 :

Je pense à un patient qui a été hospitalisé pour une décompensation cardiaque, du coup la prise en charge était très bien à l'hôpital et en fait j'ai quand même été appelée le jour de sa sortie pour que je puisse caler un rendez-vous quelques jours après parce que sa fonction rénale était pas top et avec le diurétique c'était à surveiller quoi. J'ai été appelée, ils m'ont raconté un peu ce qu'il s'était passé à l'hôpital et du coup j'ai pu lui caler un rendez-vous plus rapidement et j'ai trouvé la prise en charge plutôt pas mal sur ce point là.

- Donc eux, l'objectif de l'appel c'était surtout pour vous prévenir qu'il persistait quelque chose d'instable ?

M2 :

L'objectif de l'appel c'est donc de me prévenir qu'il avait été hospitalisé et pour me dire que ce serait peut être pas mal que je le revois et j'étais d'accord avec ça donc y'avait pas de problème quoi.

- Ok donc ça ne vous a pas mis en difficulté ?

M2 :

Non pas du tout. Je préfère ça plutôt qu'ils balancent au patient "revoyez le médecin traitant dans 7 jours".

- Ok parfait

Question 2 : Temps de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- Le recrutement des patients en médecine polyvalente selon les grandes lignes de la société française de médecine polyvalente c'est le suivant :

- ***c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation notamment ,***
- ***la prise en charge des patients en fin de vie,***
- ***et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale***

M2 :

Oui je pense que j'ai plutôt le temps pour le faire.

- Dans ce cas, qu'arrivez-vous à mettre en place sur votre territoire de santé ?

M2 :

Alors par exemple, les patients chroniques en décompensation j'arrive à avoir des rendez-vous rapides chez le cardiologue, j'arrive à joindre les spécialistes assez rapidement quand même, c'est plutôt assez facile de discuter avec les spécialistes, dans le contexte où c'est gérable à domicile évidemment. J'arrive à avoir des prises de sang rapidement, examens complémentaires assez rapidement notamment avec la Clinique Jeanne d'Arc les scanner c'est assez facile de les avoir.

- Concernant les spécialistes, vous avez un agenda de contact ou il y a juste un lien facile ?

M2 :

Pour les spécialistes, je pense surtout aux cardiologues et aux gastro-entérologues traitants, c'est assez facile de joindre Dr Tabet, Dr Fremont, Dr Codjovi et Dr Godart à Chinon. Après nous aussi on a un lien avec les spécialistes de Chatelleraut car nous on est entre les deux. J'ai des patients de Loudun. Les spécialistes de Chatelleraut ils sont aussi eux assez joignables, c'est facile de les avoir au téléphone en cas de décompensation.

- Donc géographiquement vous vous situez entre Chinon et Chatelleraut

M2 :

Il faut savoir qu'il y a aussi un hôpital à Loudun. C'est vrai que la moitié de mes patients ils sont côté indre-et-loire et l'autre moitié côté 86.

- Ok ça marche donc vous être assez « cerclé » au niveau médical !

Question 3 : Notion de consultation externe de médecine polyvalente

- Avez-vous déjà entendu parlé de consultation externes de médecine polyvalente ?

M2 :

Non, jamais.

- Jamais. Qu'est-ce que ça vous évoque ?

M2 :

Ça m'évoque les patients polypathologiques et âgés avec un suivi hospitalier, des consultations de suivi peut être.

Question 4 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- Imaginons qu'il existe une consultation de médecine polyvalente sur l'hôpital de Chinon, qu'est-ce que pourraient-être vos attendus ou vos bénéfices attendus d'une telle consultation ?

M2 :

Peut-être une aide pour la prise en charge des patients difficiles à gérer pour moi au cabinet. par exemple, les patients qui ont une insuffisance cardiaque, qui ont une insuffisance hépatique ou des choses comme ça, avec un début de troubles cognitifs. En bref, les gens qui nécessitent une aide pour leur prise en charge, pour optimiser les choses ; ou peut être aussi un avis extérieur.

- Ça vous évoquerait quoi ce genre de situation où il y aurait besoin d'un avis extérieur ?

M2 :

Mais sincèrement je n'ai pas de situation singulière qui me vient en tête ... je sais pas trop ... (*hésite beaucoup, semble ne pas savoir trop sur quel terrain je l'emmène*)

Question 5 : Aspects limitants

- Donc forcément il existe des bénéfices à ce genre de consultation mais il existe forcément des aspects limitants. Là, est-ce qu'il y a des freins à la mise en place cette consultation qui vous viendrait spontanément en tête ?

M2 :

Le frein principal c'est la distance, parce que les gens ici ils ne veulent pas se déplacer globalement.

- D'accord ?

M2 :

On récupère beaucoup de gens qui n'avaient plus de suivi parce qu'il n'y avait plus de médecin traitant à Richelieu donc le frein c'est clairement la distance, même si Chinon objectivement c'est pas très loin, pour eux c'est très loin.

La difficulté de transport aussi c'est compliqué.

Le frein aussi que la consultation se situe à l'hôpital et les gens ils aiment pas trop aller à l'hôpital.

Question 6 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- Quel profil de patient vous seriez susceptible d'adresser à cette consultation si elle existait ?

M2 :

Patients plutôt avec une pathologie chronique et peut être un début de troubles cognitifs, avec qui j'ai un peu de mal à gérer toutes les pathologies.

- Et pour aller un peu plus loin, comment vous amèneriez la proposition d'adresser le patient à cette consultation ?

M2 :

Si je devais les adresser, je présenterais les choses en expliquant que j'ai besoin d'une aide, un avis extérieur pour leur santé serait bénéfique. Quelque chose comme ça quoi.

Conclusion : Synthèse de la discussion

- Juste pour conclure cet échange, est-ce que vous seriez plutôt favorable à la création de ce genre de projet ? Est-ce que vous pensez que pour vous, vos collègues, votre territoire de santé ça pourrait être un plus ou pas ? En toute honnêteté.

M2 :

En tout honnêteté, je ne comprends pas trop à quoi ça servirait.

Peut être pour les évaluer en vue d'une hospitalisation ?

Parce qu'en fait, une pathologie chronique ça décompense et dans ce cas là il faut les hospitaliser.

Pour les patients qui ont des troubles cognitifs, il y a les consultations mémoires...

Peut être dans le cadre d'un avis gériatrique, pour un petit peu ? Je sais pas trop ...

Troisième entretien avec le médecin n°3 (M3)
Enregistré le 03/01/2023
Durée : 26 minutes et 10 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- Alors je commence par une généralité en vous disant que le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que vous pourriez me raconter une de vos expériences passées de prise en charge d'un de vos patients dans ce service ?

M3 :

Sur le positif, le négatif, on s'en fout ? Juste quelque chose qui m'a marqué ?

- Voilà, exactement

M3 :

Alors, c'était au tout début que je m'étais installé et en fait je pense que j'étais à ce moment là, c'est marrant parce que je pense que ça a un peu évolué avec ma pratique finalement, j'étais peut être un peu plus frais et jeune et ultra motivé je pense (rigole), et en fait j'avais eu besoin du service de médecine pour un bilan de chute tout bêtement. Je crois que je m'étais fais chier la vie à tout faire et je me souviens que j'avais fait tout le bilan un peu moi-même finalement, et je sais plus qui j'avais eu comme médecin au téléphone, et je lui raconte l'histoire, je lui raconte ses chutes à répétition, à quoi je pensais etc entre la iatrogénie, les facteurs précipitants, les facteurs de fragilité et tout et je me souviens que le médecin que j'avais eu au téléphone avait strictement rien dit et quand j'ai eu fini y'a eu un blanc et elle me dit "bah vous l'avez fait le bilan de chute, c'est bon". Et je me suis senti ultra seul et ça m'a fait flipper à mort. Parce que je me suis dit "ah putain en fait c'est un cul-de-sac parce qu'il y a rien de plus à faire", et c'est marrant car quand je me suis aperçu qu'en libéral j'avais, c'est un filet de sécurité l'hosto des fois, donc tu te dis si vraiment ça devient 100% merdique ça a un côté un peu rassurant de savoir que pas loin y'a un hosto avec qui on bosse plutôt facilement / qui prend facilement, c'est une sorte de filet de sécurité qui te permet de te dire que "bon, aller je lance ça et au pire si ça merde j'appellerai les collègues à l'hôpital et voilà". C'est une sorte de confort hein, de sentir que t'as ce filet de sécurité là. Et je me souviens que cette situation m'avait vachement déstabilisé parce que quand elle m'a dit "bah non c'est bon vous l'avez fait je sais pas ce que je vais faire de plus" là je me suis dit "ah mais non là c'est pas ça que j'attendais parce que là j'ai juste peur de laisser la vieille chez elle et qu'elle retombe" (rigole) et en fait c'est marrant parce que ça m'a permis de prendre conscience des limites du truc et que c'était pas un fin en soi de "se rabattre sur l'hôpital", tu peux pas faire ça dans la vie. Ça faisait peut être un mois que j'étais installé, un truc comme ça. C'était vraiment au tout début.

Alors après, peut être qu'avec le temps et la charge de travail qui monte je pousse un peu moins les bilans et quand je sens que je m'en sortirai pas je passe la main plus facilement aux collègues de l'hôpital. Je les appelle certainement plus vite qu'avant.

Je me souviens donc que ça m'avait vachement déstabilisé, de me dire "putain on vient de me retirer mon filet de sécurité et je sens le vide sous mes pieds tu vois", ça ça m'avait marqué je m'en souviens.

- Et donc d'une façon générale, avec ce service, qu'est-ce que vous pensez de votre collaboration avec eux : en terme d'échange, du moment de la sortie ou de l'adressage ? Comment vous trouvez que ça roule ?

M3 :

Globalement, le service roule bien je trouve. On a quand même de la chance d'avoir un service de médecine polyvalente qui est quand même pas loin. Il faut avouer qu'il y a certains (praticiens hospitaliers) avec qui c'est plus facile que d'autres, la partie court séjour gériatrique c'est plus facile alors qu'en médecine les entrées directes c'est quand même vachement plus compliqué. Ça a un côté un peu décourageant parfois, parce qu'il faut avouer que faire des entrées directes car permet d'épargner un peu de la merde à tout le monde mais avec le service de médecine c'est quand même plus facilement "non non mais passez par le service des urgences". Ça me fait toujours chier quand on me dit "passez par les urgences" parce que si tu sais pas si tu rends service à tout le monde au final...

Mais globalement ça se passe quand même bien, parce que au final avec les urgentistes ça se passe bien aussi

Pour bosser on a ce qu'il faut, des comptes rendus qui sont clairs et qui arrivent suffisamment vite donc ça c'est bien. J'ai pas l'impression qu'ils foutent les gens dehors trop vite, ça arrive pas je trouve, dans ma propre expérience, tu sais quand tu revois les gens juste après en mode "Ok... euh ... c'était un peu filant" ça ça va.

Par contre y'a un truc qui me fait rager en général, c'est les ordonnances de sortie de 14jours... Ça me rend fou. En fait, le vrai problème enfin ce qui me frustre, c'est que je sais pas comment ça se passe chez eux. Moi j'ai pas bossé à l'hôpital de Chinon, je suis pas passé en stage là bas, donc je sais pas comment tourne la boutique. Et on manque un peu de porosité mais ça de toute façon c'est à l'échelle du système de santé entre le libéral et l'hospitalier quoi. Ils ont sans doute des contraintes que je ne connais pas.

- Oui, vous ne vous connaissez pas en fait ?

M3 :

Non, on ne se connaît pas.

- Mais est-ce que physiquement vous vous êtes déjà rencontrés ?

M3 :

Pas tous, j'en ai vu que certains mais très peu.

Alors c'est marrant parce qu'avec le temps tu t'en fais une idée, tu peux pas t'empêcher d'imaginer les gens et quand tu les vois en vrai tu te dis "ah putain, ah ok, je visualisais pas du tout comme ça" mais tu te construis une image avec le temps en fonction de comment sont fait les compte-rendus, en fonction des prises en charge. C'est marrant t'as l'impression de connaître les gens sans les connaître. Mais non je n'en connais que très peu, et c'est évident qu'ils ont des contraintes que je ne connais pas, et je pense que ça m'aurait aidé d'avoir bossé dans cet hôpital là pour connaître comment ça marche, pour que ce soit plus fluide. Parce que si ça se trouve, de leur côté, moi quand j'ai besoin d'eux ou que je leur adresse des patients y'a des trucs qui les rendent dingues en se disant "non mais qu'est-ce qu'il fout 'M3' il fait de la merde" et à l'inverse moi il y a des trucs qui me rendent un peu fou qui sont un peu bête mais c'est pareil je pense qu'ils connaissent pas bien comment ça marche en libéral. Mais c'est illusoire d'espérer que je revois quelqu'un sous 14 jours. c'est pas possible. Je peux pas. Donc les sorties avec une ordonnance de 14 jours c'est débile. Enfin c'est pas débile mais ça fout la merde. Parce qu'en plus forcément personne te prévient quand ils sortent ou alors c'est rare, et là l'IDE à domicile se réveille à la fin de l'ordonnance en se disant qu'il y a plus de médicaments : super, donc là moi je peux le voir dans 1 mois ... très bien... j'ai pas de place avant, super.

Le truc qui me ferait juste rêver, ce serait qu'il y ait une vraie coordination des sorties d'hôpital, où on puisse s'organiser, car oui on trouve de la place quand on l'anticipe au moins quelques jours à l'avance on arrive à s'organiser. Ça me ferait rêver qu'il y ait, je sais pas, quelqu'un qui fasse la coordination des sorties, où quand les gens sortent ils ont leur date de RDV chez le médecin traitant avec une ordonnance de durée adéquate. Parce que tout dépend de pourquoi ils sont venus et pourquoi ils ont été hospitalisés, car dans certains cas ça peut peut-être attendre un peu plus etc, et y'a sûrement des choses qui nécessite d'être revues plus vite. Et il y a les trucs où tu te dis "oui c'était vraiment de l'aigu ponctuel, là c'est parfaitement résolu tout est rentré dans l'ordre" et dans ce cas là ça peut attendre un peu. Vraiment une vraie coordination pour donner de la visibilité à tout le monde. Je pense qu'en plus ça dé-stresserait les patients. Parce que parfois ils sont vraiment en panique en mode "je suis sorti de l'hôpital, vous êtes peut être pas au courant, on m'a rien expliqué, j'ai pas eu le compte rendu, j'ai pas tout compris etc"... ils sont un peu stressé et du coup ils te sautent sur le râble alors qu'au final si ils avaient une date de rendez-vous fixée et il y a eu un échange téléphonique où on sait ce qu'il s'est passé, ce serait vraiment pas mal. C'est le seul truc qui me fait un peu rêver, mais ça reste du détail à côté de tout le reste parce que ça va quoi.

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- ***Dans les services de médecine polyvalente, le recrutement des patients c'est celui que je vais vous citer :***
 - ***c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;***
 - ***la prise en charge des patients en fin de vie ;***
 - ***et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.***

Est-ce vous, pour tous ces patients là, dans votre exercice au quotidien, vous estimez avoir le temps et les outils nécessaires à la prise en charge optimale de ces patients là.

M3 :

Pour ces patients là ?

Ah c'est une bonne question...

***- On peut les reprendre point par point si vous le souhaitez :
Pour les patients atteints de maladies chroniques tout d'abord.***

M3 :

Ça dépend lesquels franchement. Parce qu'il y a pleins de trucs.

Evidemment la première chose à laquelle on pense si tu me poses la question c'est les trucs où c'est la merde. Les trucs où c'est confort on y pense pas.

Globalement on s'en sort pas si mal.

Pour les patients chroniques qui déconnent pas ça va. On y arrive, on se débrouille, de toute façon, avec le temps t'as tes filières, ça va.

- Quand ils décompensent ces patients là ?

M3 :

En cas de décompensation, c'est déjà plus compliqué.. (souponne puis se répète et soupire à nouveau). Encore une fois, ça dépend pourquoi.

- S'il y a quelque chose qui vous vient en tête en terme de décompensation : lui j'ai le temps de la gérer, lui j'ai plutôt pas ce qu'il faut pour le gérer ?

M3 :

Je pense que le pire c'est le respiratoire. Parce que je trouve qu'ils sont plus imprévisibles. Tu peux les voir et te dire "ah ça va" et une heure plus tard il est sub-claquant. Là je suis pas à l'aise. Mais parce que, j'ai moins ce filet de sécurité car la pneumo c'est sinistré dans le coin.

Une décompensation cardiaque j'ai pas peur du tout, je sais que ça va le faire c'est pas grave. Déjà parce que je trouve ça plus facile à gérer mais ça c'est mon avis perso, et que l'hôpital est pas loin, les cardiologues de Chinon c'est des amours et ils bossent comme des dingues. Quand t'es dans la merde, ils te laissent pas dans la merde, jamais. Donc ça ça va.

C'est le respi qui est chiant.

- Les patients en fin de vie :

M3 :

(Souponne)

Ah ça c'est l'enfer. (se répète)

T'en as toujours un pour te sortir la fausse bonne idée de l'HAD (rigole)

Non mais, l'HAD quoi ! C'est moi qui ait envie de crever quand il y a une HAD. C'est l'enfer l'HAD (se répète)

Pour les libéraux, c'est infernal. Parce que tu as l'impression que : t'es au courant de rien, t'as l'impression que tu sais pas où est la frontière entre ce qui est de ton ressort et de celui de l'HAD, t'as vraiment l'impression qu'on te refille le bébé avec des trucs qui vont être super compliqués et super chiant à gérer et ça jusqu'au bout du bout.

Même la facturation des actes c'est compliqué. Même ça c'est chiant. Parce qu'en fait tu peux pas utiliser la carte vitale du patient, tu dois envoyer tes factures au service d'HAD car les patients sont hospitalisés donc la prise en charge c'est un forfait, ou enfin c'est pris en charge par le service d'HAD, ça passe sur un budget hospitalisation. Donc si t'envoie des feuilles de soin avec des actes libéraux et bah ça bloque car ça peut pas faire double prise en charge ambulatoire et hospitalière. La sécu elle bloque en disant "attends gars ton patient est hospitalisé et toi tu factures des actes libéraux, t'es en train de frauder ou quoi ?". Là tu peux être vraiment dans la merde. Même ça c'est chiant.

Les soins techniques il faut même pas compter sur moi, moi je sais plus faire.

Prescrire un pousse d'HYPNOVEL euh je vais voir dans google parce que je sais plus faire.

Et ce qui est encore plus le mystère, derrière des brumes, tu sais qu'il y a des médecins, tu sais pas qui, tu les as jamais vu, tu les as même jamais eu au téléphone, si t'as leur nom t'as une chance inouïe, tu sais pas trop quand tu peux te reposer sur eux, dès qu'il y a une merde de toute façon c'est toi qu'on va solliciter, et pour des trucs où je me sens moyen à l'aise et moyen légitime pour prescrire des perfs ou des trucs complexes où j'y connais rien, au bout d'un moment faut être honnête. C'est l'enfer.

- Et les patients nécessitant une prise en charge médicale globale :

M3 :

« Globale » ça va car je vis dans un confort absolu d'une maison de santé avec plein de gens (rigole) donc c'est naturel, facile, ça ça va. Je te dirais peut être pas la même chose si j'étais en cabinet, isolé tout seul, peut être que je ne me sentirais pas aussi sécurisée.

- Car il y a un espace de discussion avec les autres ?

M3 :

Mais là en fait, il y a la discussion avec tout le monde, et puis y'a tout genre de profession qui sont représentées ici et c'est facile quoi. Ça c'est pas du tout un problème. Mais parce que j'ai conscience que je travaille dans un confort immense.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- Avez-vous déjà entendu parlé de consultation externes de médecine polyvalente ?

M3 :

Alors ... c'est quoi la différence avec les consultations de médecine interne (qui avaient été mise en place un temps sur l'hôpital de Chinon), mais je crois que c'est fini ça non ? C'est ça dont tu me parles ? En même temps je n'ai jamais eu besoin d'elle...

- ***En effet, l'interniste n'est plus là. Est-ce que de façon générale ça vous dit quelque chose « consultation externe de médecine polyvalente » ?***

M3 :

De façon générale, ça ne me dit rien.

- ***Si ça ne vous dit rien, qu'est-ce que ça vous évoque ?***

M3 :

Si je dois dire ce que ça m'évoque, ce serait moi mais à l'hôpital. Un médecin généraliste à l'hôpital, qui fait ce que je fais mais à l'hôpital (rigole).

- ***Un médecin généraliste à l'hôpital. Qui fait quoi ?***

M3 :

Putain c'est une bonne question...

Pour moi déjà un médecin polyvalent c'est un analogue de médecin généraliste. Bah je sais pas qu'est ce qu'il ferait de plus à l'hôpital...

Bah tu vois, je te parlais de porosité tout à l'heure bah ce serait peut être ça la clé.

Je pense vraiment qu'il faudrait qu'on travaille beaucoup plus ensemble.

Je pense que les med gé devrait bosser un peu à l'hôpital. D'ailleurs, à un moment donné, il y a quelques années ça avait été un peu à la mode. Les politiques avaient parlé "d'hôpitaux de proximité", de petits services disséminés etc. C'était une des premières idées lumineuses de Macron, et puis après il en a plus parlé.

Alors je m'étais dit "ouais c'est pas con", ça pourrait être intéressant. Moi ça pourrait m'intéresser, tu vois on parlait de prise en charge globale, peut être pour avoir une vision un peu plus globale tout simplement.

Tu vois tu parlais aussi de bassin de population, de bassin de santé, de bosser un peu ou en partie à l'hôpital ce serait bien qu'on le fasse tous. Ce serait logique que tous les généralistes aient une journée par semaine à l'hôpital. Mais là c'est des considérations politiques encore différentes.

Là tu parles à quelqu'un qui est pour la fonctionnarisation des médecins généralistes. Moi je pense qu'on est la base du système de santé et je ne serais pas choqué qu'on soit tous des salariés de l'assurance maladie et qu'on bosse avec un système à l'anglaise. Ça c'est mon point de vue.

Et ces consultations ça irait là dedans. D'être impliqués dans les hôpitaux, d'avoir une vision plus globale. Je trouve que ce serait logique.

C'est ça que ça m'évoque. Des med gé qui consultent à l'hôpital. Alors après la plus-value par rapport à une consultation en cabinet ça je sais pas.

- ***On va peut être y venir du coup.***

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- ***Imaginez que cette consultation existe à l'hôpital de Chinon, et vous vous exercez toujours en cabinet dans les mêmes conditions. Rien ne change. Vous avez la possibilité d'adresser un patient ou des patients à cette consultation : quel profil de patient, quel profil de pathologie chronique, quel profil d'association de pathologies chronique vous seriez intéressé d'envoyer à cette consultation ?***

M3 :

Je ne sais pas qui j'adresserais... on est tellement habitués à tout segmenter

Je crois que j'aurais du mal à adresser.

Parce que j'aurais l'impression de ne pas avoir une question précise à poser et j'aurais l'impression que je fais pas mon boulot. Pas que je me débarrasse du patient mais que j'ai l'impression que c'est mon taff et que j'ai qu'à le faire. Si j'ai la flemme j'ai qu'à le dire tout de suite.

J'imagine le courrier d'adressage et je sais pas ce que je mettrais d'autre que "je vous adresse monsieur ou madame un tel parce que je sais pas quoi en faire" (souple)

- ***Et là, il n'y a pas quelqu'un qui vous vient en tête dans votre patientèle ? Un moment où vous vous êtes dit « merde » ...***

M3 :

Non.

Enfin si.

J'en ai quand même un en tête mais typiquement c'est le genre de patient pour qui je me suis dit "là on fait un point ensemble, on prend un temps" là je l'ai vu y'a pas longtemps et j'ai bloqué une heure sur mon planning et on a tout repris quoi. Parce que ça partait dans tous les sens, moi même j'étais plus à l'aise, j'avais peur d'oublier un truc, je savais pas où on allait etc, c'était compliqué mais un patient polypathologique c'est ça ça va dans tous les sens y'a rien qui va.

(Prends un temps de pause)

C'est peut être à ça que ça servirait.

Moi j'ai eu le temps de le faire, et je l'ai fait mais c'est peut être pas le cas de tout le monde. Y'a des gens qui ont des patientèles plus énormes que moi et qui aurait pas le temps de le faire. Ça pourrait servir à ça peut être.

Mais dans ce cas se pose le problème du dossier : comment on fait ? Parce que c'est bien beau, tu dis au patient "aller là vous faites un point global en médecine polyvalente à l'hôpital, on reprend tout" mais comment tu donnes la possibilité aux gens de bien faire ? Là, je me mets à la place du PH qui va être là, qui va se retrouver avec un pauvre courrier (parce que des fois, pour recevoir des patients qui me sont adressés par des gens pour une activité de spécialité - médecine du sommeil - les courriers sont de qualité variable, faut être honnête) et bah c'est bien beau mais il faut qu'il puisse répondre à la question avec tous les éléments, comment ils font ? Parce que moi j'ai tout

mon dossier, j'ai tout les comptes rendus et tout donc j'ai pu prendre le temps que je voulais et voilà, j'ai pu faire mon obsessionnel mais il faut avoir les éléments.

J'aimerais pas du coup. Je me mets à la place de celui qui va recevoir le patient, si t'as pas tous les éléments, t'as envie de dire "putain vous êtes mignons, moi je veux bien rendre service mais je fais comment quoi ?".

Voilà.

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- Vous abordez naturellement des limites qui vous viennent en tête, j'entends cette première limite concernant l'adressage : qui adresser ? Le frein du courrier d'adressage ? Quelle question poser et quels éléments fournir pour réaliser un travail de synthèse intéressant ?

Est-ce qu'il y a d'autres freins qui vous viennent en tête ? D'autres origines ?

Comment vous le présenteriez au patient ? Est-ce que ça freinerait des patients ?

M3 :

Concernant les patients, je pense que je vais te répondre ce que tout le monde te dit : ça dépend du patient. (rigole)

Je pense pas que ce serait un frein pour les patients. Ça c'est mon job de l'expliquer aux gens.

Si les gens comprennent pas ou ont peur d'y aller, c'est juste qu'on a peut être pas pris le temps de comprendre pourquoi.

Je ne pense pas que ce serait compliqué pour les gens, je ne pense pas qu'ils en auraient peur.

Je pense même au contraire que les gens seraient contents. Parce que si tu leur expliques que c'est compliqué, que leur dossier nécessite d'aller en profondeur, et moi en tant que médecin j'aurais besoin de quelqu'un d'autre pour ne passer à côté de rien et pour compléter/croiser les regards, que moi ça m'intéresserait; je ne vois pas en quoi ça dérangerait les patients. Hormis les quelques uns qui ont peur de l'hôpital.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- Vous m'avez parlé de l'intérêt d'avoir un deuxième avis, de discuter autour du dossier. Y-a-t-il autre chose qui vous vient en tête en terme de bénéfice attendu pour la prise en charge des patients ?

M3 :

Le but premier ce serait surtout de croiser les regards. Mais en fait ça c'est quelque chose que je peux expérimenter déjà au quotidien parce que dans la maison de santé y'a beaucoup de porosité entre nous, on voit les patients des uns des autres quand il y a besoin et ça nous arrive très souvent de faire des petits débriefs : "tiens j'ai vu un tel que tu suis, j'ai pensé à ci, j'ai pensé à ça" et ça ça nous arrive souvent. Et ne serait-ce que le simple fait d'avoir les internes qui travaillent avec nous, quand ils voient les patients ils pensent à des tas de trucs. Ça c'est une chose que j'apprécie, pour laquelle j'ai un certain naturel et je sais tout le bénéfice que j'ai à en attendre.

C'est pour ça que ça me vient en tête, parce que je sais qu'il y a plein de trucs qui ont été bénéfiques dans la prise en charge des patients et qui venaient de ces échanges.

(réfléchit)

J'attendrais aussi peut être des ressources auxquelles j'aurais pas forcément accès facilement.

Une question de réseau aussi : des accès à d'autres avis, ou des choses plus compliqués ou des dispositifs que je ne connaîtrais pas, des choses qui se mettent en place dont j'aurais pas forcément connaissance parce que tu peux pas tout savoir. Par exemple, tu vois des équipes mobiles de machin chouette, de bidule, de trucs dont t'as pas connaissance.

En général quand tu as des équipes qui sont portées par les CHU c'est souvent ça aussi, l'hôpital est au courant et toi pas tellement et tu sais pas comment y accéder, ça devient chiant, ça prend 15 plombes et t'abandonnes.

Ça pourrait donc permettre d'avoir accès à d'autres outils donc ça pourrait être ça que j'attendrais aussi.

Conclusion : synthèse de la discussion

- Pour conclure, à visée de synthèse, est-ce que vous seriez favorable à la mise en place d'un projet, comme ça, de consultation externe de médecine polyvalente, sur l'hôpital de Chinon ?

M3 :

Je ne sais pas si je serais favorable, c'est une très très bonne question.

- Vous avez le droit de dire oui, vous avez le droit de dire non bien entendu !

M3 :

Je m'interroge vraiment.

En fait, je pense que ça pourrait être intéressant par contre le gros boulot ce serait de le définir : c'est quoi ces champs d'application ?

Parce que un truc dont tu maîtrises pas tout à fait le champ auquel ça s'applique tu ne vas pas y recourir tu vois quand t'es médecin.

On reçoit de temps en temps des informations de "à tel endroit s'ouvre une consultation de ça" et tu retiens des informations très précises, un truc qui te prendra pas beaucoup d'espace dans ton cerveau, tu le ranges vite et bien et tu sais que c'est là. Des trucs tout simples genre il y a des créneaux d'urgences de ça qui s'ouvre à tel endroit, y'a une nouvelle allergo à Cinq-Mars elle s'appelle comme ça, tu vois des trucs hyper simples, tu retiens que des petits trucs.

Si t'as une information un peu vague genre "il y a une consultation de médecine polyvalente à Chinon" bon ... y'aurait vraiment un gros boulot pour définir quels seraient ses champs d'application et jusqu'où on peut aller : est-ce que ça peut être de la médecine interne ? c'est pour quel âge ? est-ce que c'est forcément pour patient âgé poly pathologique qui part en sucette dans tout les sens ?

Mais dans ce cas là ton réflexe c'est d'appeler le court séjour gériatrique pour le mettre dans un lit quelques jours pour aller jusqu'au bout du truc.

La différence avec la consultation du coup tu ne la vois pas trop, tu la maîtrises pas trop.

Un vrai travail de définition.

Là tu me dis comme ça “une consultation externe de médecine polyvalente à Chinon” je te dirais “je ne sais pas pour qui je vais en avoir besoin vraiment”. Juste comme ça, ça me semblerait trop flou... Est-ce que ça fait de l'aigu ? Est-ce que ça fait du programmé ? Est-ce que c'est que pour certaines pathologies ou que forcément pour du chronique ? Est-ce que c'est pour de l'investigation (connectivité, maladie de système à la con) est-ce qu'il ferait ce genre de bilan, même chez un jeune ?

Je sais pas.

Quatrième entretien avec le médecin n°4 (M4)
Enregistré le 02/02/2023
Durée : 23 minutes et 02 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- ***Alors le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que vous pourriez me raconter une de vos expériences passées avec ce service, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous vient en tête là spontanément ?***

M4 :

Ca ne me dit rien du tout.

- ***Jamais de patients hospitalisés dans ce service ?***

M4 :

Non, je ne pense pas.

- ***Vous n'avez jamais reçu de compte-rendu d'hospitalisation du service de médecine ?***

M4 :

Si tu veux, étant installé depuis un an, il y a des gens qui ont mis du temps à se décider à me prendre comme médecin traitant.

Y'en a encore quelques uns qui viennent et qui disent "bon bah écoutez, on avait le Dr B donc on est allé voir le Dr H et puis vous êtes arrivé là, Mme H était en congé maternité, on est venu vous voir entre deux et puis tout compte fait c'est plus facile nous, on est âgés, bientôt on pourra plus prendre la voiture, et puis si vous devez vous déplacer vous vous déplacerez plus facilement ici à Chouzé que Mme H ..." voilà, donc je commence à avoir une patientèle, mais des hospitalisations pour le coup très peu.

De la même façon, j'ai très peu de médecins avec qui je travaille dans les hôpitaux.

Les spécialistes j'en connais très peu parce que les gens continuent de me voir uniquement au coup par coup, pour une infection ,pour une entorse.. beaucoup d'aigu.

- ***Ce qui m'intéresse de façon générale c'est de parler de coordination ville-hôpital***

** me coupe la parole **

M4 :

Ceci dit il y a quelque chose qui me vient. La dernière fois que j'ai envoyé une dame aux urgences de Chinon, c'était une dame de 55 ans qui était tombée au ski et qui s'était fait une triple fracture du bassin. Tu comprends bien qu'elle pouvait plus vivre toute seule chez elle, elle pouvait plus

marcher, elle était célibataire du moins veuve car son mari était décédé quelques mois plus tôt, et le médecin des urgences de Chinon m'a téléphoné pour me dire que c'était pas un hôtel l'hôpital de Chinon.

Alors je lui ai dit "écoute moi bien mon petit camarade, t'es bien gentil, peut être que tu penses que je suis un petit gamin qui vient de s'installer mais j'ai 30 ans de médecine générale derrière moi, et quand j'étais interne ou médecin à ta place jamais j'aurais laissé ressortir cette patiente". Mais ils l'ont fait sortir. Alors que tu fais comment quand tu peux pas faire pipi, pas faire caca, pas faire ta toilette et toute les choses essentielles ? Il me répond "oh bah on va faire passer une équipe". Arrête tes conneries coco, l'équipe elle va pas être là dans 1h, le temps que ça se mette en route, et ça va prendre une semaine : comment vont faire les gens chez eux ? Mais bon on a trop de travail qu'est-ce que tu veux ...

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- ***Le recrutement des patients dans les services de médecine polyvalente c'est celui-ci, je vous donne pour sources les textes de la société française de médecine polyvalente :***
 - ***c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;***
 - ***la prise en charge des patients en fin de vie ;***
 - ***et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.***

Est-ce vous, vous estimez qu'en libéral, vous avez le temps et les outils nécessaires à la prise en charge optimale de ces patients là ?

M4 :

Non.

- ***Pourquoi ?***

M4 :

Parce que je pense que la meilleure façon de prendre en charge ces patients là c'est de les prendre en charge par une équipe.

Nous on arrivait à faire ça dans le Nord, mais c'était extrêmement compliqué de réunir tous les professionnels libéraux qui s'occupaient des patients, mais on arrivait à se réunir tous ensemble chez le patient pour discuter du dossier, on reprenait de A à Z tous les problèmes à régler avec éventuellement une belle-fille, une voisine, une cousine qui donnait un coup de main.

Mais tout seul c'est compliqué.

Nous ici on a un avantage énorme c'est qu'on a un secrétariat physique à plein temps pour deux équivalents temps plein médical. Ça signifie qu'elle a le temps de nous faire plein de choses : prise de rendez-vous, discussion avec les infirmières, qui renvoie un résultat de prise de sang, qui scanne une ordonnance pour un examen d'urine ... tu vois elle fait plein de choses. Mais c'est une équipe. Tout seul c'est impossible.

- ***Si je reprends les choses un peu au cas par cas, qu'es-ce qui pêche pour les gens atteints de maladies chroniques ? Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ?***

M4 :

Les transports déjà. Pour qu'ils viennent ici c'est très compliqué. Nous pour y aller c'est pareil. On fait quasiment plus de visites.

Après y'a les gens qui sont âgés et qui perdent la boule : ils ont oublié de ramener leur prise de sang, leur carte vitale, c'est un peu le bazar à chaque fois.

C'est vrai que quand on a une dame de compagnie ou un enfant qui accompagne, déjà les choses sont beaucoup plus simples.

Après moi je découvre hein ... là où j'étais avant tout le dossier il était là hein - montre sa tête - Aujourd'hui le problème c'est que ça a été très compliqué pour moi .Des dossiers énormes j'en ai récupéré des tas.

Et puis après quand tu expliques aux gens ce qu'il faut faire et bah ils se trompent, ils perdent les lettres...

De toute façon quelqu'un qui est diabétique, insuffisant cardiaque, à 85 ans ... Hier j'ai eu une dame qui venait car elle était fatiguée. On fait la prise de sang et là bam hémoglobine à 5,8. Donc je la rappelle "faut aller à l'hôpital là y'a pas le choix" et elle répond "vous êtes sûr? Bon j'y irai demain" bah non . On a donc dû rappeler la fille pour s'assurer qu'elle avait bien compris, j'ai sorti tous les courriers que j'avais, ce que j'avais fait moi, j'ai préparé un bon de transport pour que quelqu'un vienne chercher tout ça pour l'emmener à l'hôpital... mais c'est vrai qu'avant on se déplaçait, on passait une heure à expliquer tout ça... maintenant c'est plus possible.

Et maintenant je vais être clair et net, et je pense pas qu'il y aura un de mes collègues qui sera contre moi : aujourd'hui si tu passes une heure avec un patient, tu gagnes pas ta vie hein... à ce moment-là fallait faire autre chose hein.

Les risques qu'on prend, les années d'étude qu'on fait, si tu te retrouve avec 1500 euros par mois ou admettons 2000, faut pas déconner quoi, il faut un minimum quoi.

- ***Et les patients en fin de vie, je ne sais pas si vous avez déjà eu l'occasion d'en prendre en charge depuis votre installation sur le territoire ?***

M4 :

Les patients en fin de vie je n'ai pas eu à en gérer sur le territoire.

- ***Et avant, dans le territoire où vous étiez installé ?***

M4 :

Oui.

- ***Et les acteurs qui intervenaient à vos côtés, les choses étaient cadrées au domicile ?***

M4 :

Ah bah oui, les infirmières et les aide-soignantes avec qui je travaillais elles faisaient bien plus qu'elles devaient hein ... : ramener une baguette de pain, une plaquette de beurre, qui vont téléphoner à la famille car elle a plus ci ou ça ...

De toute façon la cohésion c'est tout un ensemble de personnes.

Nous on a une dame qui a une maladie d'Alzheimer qui est en train de flamber, son mari n'y arrive plus tout seul, on a lui a mis une sonde naso-gastrique d'alimentation qu'elle arrache et qu'on lui repose tous les jours ... souffle

L'infirmière vient me voir elle me dit "qu'est-ce qu'on peut faire ?". Lui attacher les mains ? Oui, on pourrait. Mais non on le fera pas.

Après quand on est dans un établissement c'est beaucoup plus facile, c'est plus gérable. Mais c'est très difficile aussi.

Je crois qu'aujourd'hui, on a une population qui vieillit, je pense que si on voulait avoir des équipes médicales, paramédicales pour les prendre en charge correctement il faudrait doubler le nombre d'infirmiers, de médecins hospitaliers etc. Mais on est encore en train de continuer à diminuer alors ...

L'enjeu à l'hôpital il est énorme.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- *J'en profite pour rebondir. Avez-vous déjà entendu parlé de consultations externes de médecine polyvalente ?*

M4 :

Ça me dit quelque chose.

- *Qu'est-ce que ça vous évoque dans ce cas ?*

M4 :

Alors, euh, j'ai peut être eu un patient qui est passé par là l'an dernier en début d'année. C'est pas moi qui l'ait envoyé. Je pense que c'est Mme D, ma collègue, puisque c'est Mme D qui était le médecin traitant et après il est revenu me voir. Puis en fait maintenant il est placé. Mais il est passé par ces consultations où on a déclenché tout un tas de prises en charge, aussi bien sur le plan psychologique, cardiologique, neurologique, machin ...

C'était peut être à l'hôpital de Saumur.

- *Est-ce que vous pouvez détailler un petit peu ?*

M4 :

Alors, il avait été d'abord en consultation, et y'avait eu des tests pour la mémoire (pour moi je vois pas bien l'intérêt parce que, le truc classique : tu fais des tests pour la mémoire et papy sa femme elle te dit que il se perd en voiture, qu'il se perd dans la maison, etc... faire des test de mémoire bon... et puis faire un scanner ou une IRM pour montrer qu'il y a une atrophie cortico-sous-corticale bon... là on a fait un diagnostic brillantissime). Et en fait après il y a eu plein de choses de

mises en place : la distribution des médicaments à la maison, ensuite un bilan cardio (bon après quand tu as un monsieur de 85 ans , qui perd la boule et qui a juste un médicament pour la tension pourquoi l'envoyer voir un cardiologue ? Bon on peut toujours hein...). Parfois on fait toute une batterie d'exams, de consultations, qui pour moi n'ont pas de gros intérêt. Par contre si, voir un psychologue, déclencher une équipe qui va prendre en charge par exemple : un ulcère des membres inférieurs qui a été un peu négligé; de la diététique qui est complètement à la ramasse parce que papy il fait sa crise de nerf tous les soirs il veut manger que du steak haché ou tu vois ce que je veux dire; et là y'a une équipe qui doit prendre en charge tout ce qui est diététique, nutrition, mais aussi sur le plan psychologique bien évidemment.

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- Là on imagine que cette consultation est existante et qu'elle vous est accessible : quel profil de patient, de pathologie chronique ou même d'association de pathologie chronique vous trouveriez intéressante d'adresser à cette consultation ?

M4 :

Bon si tu me dis qu'on allait débloquer je sais pas combien de milliards, je ne te donnerais pas la même réponse.

Je pense qu'aujourd'hui si on pouvait faire quelque chose, ce serait essayer d'être une passerelle entre les médecins généralistes, la famille, les patients chroniques et le placement dans les structures spécialisées, pour des patients qui ne sont plus capables de vivre à domicile. Parce qu'ils ont 80 ans, donc leurs femmes aussi. Et une mamie de 80 ans elle ne peut pas s'occuper de son mari.

Après tout simplement ça peut être pour la personne qui a déjà complètement perdu la boule et qui doit être placé rapidement et définitivement, ou pour le patient qui vient de tomber, de se casser le col du fémur, qui perd la boule qui délire complètement à l'hôpital plutôt dans l'optique d'anticiper la prise en charge future. Ou alors même voir de prendre en charge provisoirement ces patients qui ont un soucis de santé comme une grosse opération d'un néo colique, pour qui les soins vont être compliqués à gérer par les intervenants au domicile.

Je le vois plutôt aujourd'hui comme ça.

En fait cette consultation ça pourrait être une sorte de plateforme de coordination, de tremplin vers l'hospitalisation si elle jugée nécessaire, d'orientation vers un service où la durée d'hospitalisation sera adaptée, en attendant de régler un problème ou de trouver une solution pour réorienter vers un lieu de vie adapté.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- Ma question suivante elle découle donc un peu de la précédente, qu'est-ce que seraient vos attentes, vos bénéfices attendus de cette consultation-là ?

M4 :

L'idée se serait de débloquer des situations complexes, d'avoir le temps de faire ce qu'on a pas le temps de faire nous (les médecins traitants)

- ***C'est à dire ?***

M4 :

J'ai actuellement des patients âgés pour qui c'est extrêmement chronophage. Par exemple pour un patient auquel je pense, je lui faisais 3 à 4 ordonnances par semaine. Il avait besoin d'un lit médicalisé, et puis il perdait l'ordonnance alors on lui refaisait. Et puis ensuite il fallait un pistolet. Et puis ensuite il avait pas fait son dernier contrôle d'INR. Et puis après il lui fallait un bon de transport pour aller chez le neurologue. Et puis voilà. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et tu passes un temps mais pas possible, non seulement à expliquer et puis à faire des papiers, des papiers, des papiers... Alors une demande de prise en charge de ceci, prise en charge à 100%, et puis dossier MDPH, et puis... (soupire)

- ***Ce serait donc le rôle de ce praticien hospitalier de vous aider dans ces démarches ?***

M4 :

Ça c'est une paprasserie lourde, et chronophage. C'est chronophage. Tu perds du temps. Le praticien hospitalier il pourrait m'aider pour ces tâches là. Parce qu'il aurait une équipe, avec une structure derrière. Alors que moi je suis tout seul ici. Imagine toi à la tête d'un service, avec 4-5 infirmières, une dizaine d'aide-soignante, un interne, un externe : là tout le monde aura son rôle à jouer bien évidemment.

- ***Imaginez que ce patient vous l'avez en face de vous, comment vous lui expliquer que vous allez l'adresser à la consultation externe de médecine polyvalente ? Vous lui expliquez quoi ?***

M4 :

Si je devais expliquer au patient pourquoi je l'adresse, je lui expliquerais qu'il commence à avoir une pathologie, ou même une association de maladies qui sont complexes, pas faciles à gérer, et que ce serait bien de prendre l'avis d'un médecin spécialisé dans le domaine, qui va tout remettre à plat et étudier la faisabilité de rester à domicile ou de finir dans un structure spécialisée. L'autre jour j'avais un patient complexe qui est encore à domicile, l'infirmier qui s'en occupe essaye de me joindre pour récupérer une ordonnance d'ECBU. Avec nos contraintes chacun de notre côté le patient il a mis 2 jours à avoir son ECBU... Tu vois ça aurait pu mal finir. Alors que là s'il y avait ce relai à domicile, il pourrait également débloquer ce genre de prescription. L'idée se serait de ne pas perdre de temps.

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- ***Est-ce qu'il y a naturellement des limites ou des freins qui vous viennent en tête à la mise en place de cette consultation ?***

M4 :

L'aspect financier, c'est celui qui me vient tout de suite en tête.

Financier de la part de l'état et financier de la part des gens.

Les gens veulent pas payer.

Les gens quand ils vont voir un chirurgien et qu'ils veulent se faire opérer par une pointure, ils comprennent pas qu'il leur prennent 500 ou 600€ d'honoraires. Ça chacun en pense ce qu'il veut mais pour les gens c'est pas possible. Ça existe pas en France, parce que tout doit être pris en charge.

Donc en gros, les interventions proposées pour améliorer la prise en charge, dès lors qu'ils doivent prendre une partie en charge ça va coïncider, ça c'est sûr.

Mais voilà, je pense qu'il y a vraiment quelque chose à faire. Parce que là y'a des choses qu'on a pas vu évoluer. Moi, tu vois il y a quasiment 30 ans que je fais de la médecine générale, et la population elle vieillit.

Et il y a de plus en plus de gens polypathologiques, et qui sont compliqués à gérer, que eux de leurs côtés il y a plein de trucs qu'ils ne peuvent plus faire. De notre côté, on a une sécurité sociale qui est pas toujours sympa : parce que va envoyer un type de 85 ans en consultation chez un cardiologue à Tours. Si il a pas de gros problème et qu'il n'a pas d'ALD, il y va comment ? Il y va par ses propres moyens ? À 85 ans ? Il va prendre un train, un bus ?

Et voilà, ça aussi c'est compliqué. Mais c'est parce qu'on a une population qui vieillit, hélas.

Et c'est en ça qu'on peut peut-être commencer... ça me fait mal au coeur de te dire ça, mais le projet il est magnifique mais ils (la sécurité sociale) sont déjà pas foutus de prendre en charge correctement les gens qui sont jeunes aujourd'hui et qui sont malades.

J'ai un patient qui a une douleur abdominale, qui va aux urgences de Saumur ils lui ont pas fait ni de prise de sang ni d'échographie abdominale « non non c'est bon il n'y a pas de problème ».

Quand tu vas aux urgences, que t'as mal au ventre, c'est que tu as VRAIMENT mal au ventre. Bon c'est vrai qu'il y a des familles qui y vont un peu pour une rhino, mais là, c'est quelqu'un qu'avait vraiment très mal au ventre. Bah voilà, il y a pas eu d'écho, il y a pas eu de prise de sang. Qu'est ce que tu veux que je fasse moi. Mais s'ils l'ont pas fait c'est pas parce que c'était des feignants. C'est parce qu'il y avait pas le radiologue, y'avait pas le matériel et il n'y avait pas le temps. (rigole)

Je crache pas sur les collègues hein. Mais on n'a tellement peu de moyens tous que... qu'est ce que tu veux... c'est du bricolage.

Mais l'idée est belle !

Conclusion : synthèse de la discussion

- ***Pour conclure, est-ce que vous seriez favorable à la mise en place de cette consultation ?***

M4 :

Tu demandes à un aveugle si il veut voir ! (Rigole)

C'est évident. Mais à l'hôpital tu te heurtes à des magouilles, des espèces de mafias locales (soupire)

C'est compliqué. mais j'adore le travail d'équipe, je trouve ça formidable.

Cinquième entretien avec le médecin n°5 (M5)

Enregistré le 21/02/2023

Durée : 16 minutes et 34 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- La première question porte sur l'idée générale de la coordination entre votre pratique et le service de médecine de Chinon.

Je commence donc en vous disant que le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que là vous avez une expérience passée d'une prise en charge avec ce service là qui vous vient en tête et dont vous pourriez me parler ?

M5 :

Je pourrais te parler de Mme V. Ça a été un truc compliqué. Une fin de vie. Un diagnostic et une fin de vie. C'est une dame qui saignait et puis elle vient me voir, elle était suivi par un gyneco. Et moi je fais un toucher vaginal et je tombe sur un truc hyper linieux, dégueulasse, pas possible... alors que l'écho était normale

Je le renvoie à la gyneco en disant « y'a une merde quoi ». On diagnostique un cancer de l'endomètre. Et malheureusement, c'était compliqué au niveau thérapeutique et finalement il y a eu une prise en charge palliative, à domicile, avec le Dr Helie entre autre, qui a été absolument remarquable. On s'est retrouvés au lit de la patiente, on a échangé notamment avec la patiente qui savait très bien tout ce qu'il se passait et c'était vraiment génial. On l'a accompagné pendant plusieurs mois et ça c'est fini un soir et voilà : c'était extra-ordinaire.

- Elle était passée par le service de médecine cette patiente ?

M5 :

Je ne sais plus si il y a eu une étape par le service de médecine.

Elle est décédée il y a 6 ans.

- Et avez-vous un expérience qui se serait passée avec le service de médecine directement ? Si vous n'en avez pas, ce n'est pas grave.

** réfléchit de nombreuses secondes**

M5 :

Ah oui, il y a eu M.F. C'était un truc compliqué ça aussi, il avait une insuffisance cardiaque terminale chez un monsieur qui avait été opéré d'un cancer du poumon, c'était un anesthésiste. J'ai été aidé à fond par le Dr Doll, bon qui n'est plus maintenant à Chinon, et c'était extraordinaire aussi car j'ai appris à gérer une insuffisance cardiaque en bricolant, dieu merci il n'avait pas

d'insuffisance rénale, donc ça a été vraiment la prise en charge d'une insuffisance cardiaque terminale.

- Que vous avez fait au domicile ?

M5 :

Que j'ai fait à domicile, avec le téléphone, en lien avec le service qui donnait les consignes à distance. Moi seul j'étais pas assez bon, j'avais un soutien logistique réel et ça a été royal. Le monsieur est mort chez lui.

Y'a eu aussi plein de patient pour qui il y a eu une prise en charge initiale hospitalière, un relai par nous (les MG) sachant que je pouvais m'appuyer sur le service hospitalier, notamment si il y avait besoin d'une hospitalisation. Et ça c'était magique.

- D'une façon générale, qu'est-ce que vous pensez de la coordination avec ce service là ?

M5 :

De façon générale, avec le service de médecine, alors... malheureusement, les gens ont changé et les choses ont évolué. Voilà. Pas toujours dans le bon sens...

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- Les services de médecine polyvalente, d'une façon générale, ils prennent en charge ce type de patient que je vais te citer, ça c'est dans les textes de la société française de médecine polyvalente :

- **c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;**
- **la prise en charge des patients en fin de vie ;**
- **et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.**

Est-ce vous, vous avez le sentiment, pour ces patients-là d'avoir les outils et le temps nécessaires à une prise en charge optimale ?

M5 :

Alors, j'ai partiellement les outils. Parce que j'ai une formation de réa, parce que j'ai fait de la médecine d'urgence, parce qu'il y a des choses que je sais gérer.

Par ailleurs, au travers des formations, on nous a appris (en particulier en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque) à gérer. Après, il est évident que c'est extrêmement compliqué parce qu'on n'a pas la logistique en ville que l'on peut avoir à l'hôpital.

- C'est à dire ?

M5 :

En particulier la biologie et l'imagerie. C'est à dire qu'on ne l'a pas dans la foulée. Mais on y arrive.

Et puis après, y'a l'expérience des autres : dans deux têtes il y en a plus que dans 1, dans trois tête il y a en a plus que dans 2, et ainsi de suite... et bah on arrive à faire des choses, des choses où je crois que pour les patients on a été positifs.

Donc j'ai des outils.

- En terme de temps ?

M5 :

C'est extrêmement chronophage... voilà c'est tout. Après je fais partie d'une génération on où ne comptait pas le temps. Voilà...

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- Est-ce que vous déjà entendu parlé du concept de consultations externes de médecine polyvalente ?

M5 :

Non. Jamais entendu parlé.

- Jamais ? Et bien imaginez que cela existe, qu'est-ce que vous évoque cette consultation externe de médecine polyvalente hospitalière ?

M5 :

Une consultation de médecine polyvalente c'est à dire que c'est quelqu'un qui peut gérer toutes les pathologies. C'est ça non ?

- Je ne cherche pas à vous influencer, je recherche simplement ce que cela peut vous évoquer.

M5 :

Pour moi c'est quelqu'un qui peut gérer toutes les pathologies.

Alors je ne crois pas que ça existe.

Cependant, à l'hôpital où on a la chance de pouvoir discuter avec tous les spécialistes autour, c'est à dire qu'on peut amener son dossier et le présenter au coordonateur et avancer avec lui.

Moi j'ai fait souvent ça avec 2 structures : quand j'étais encore au SAMU, j'amenais mes dossiers en cardio ou en réa pour avoir l'avis des copains.

Après à Chinon, je l'ai fait à plusieurs reprises avec les gastros, parce que je pense que les Dr C. et R. sont des gens brillants, qui avaient une notion de médecine interne de très bon niveau. Donc j'allais avec mes dossiers, je leur présentais et je leur disais « qu'est-ce que je fais ? ».

- Au pied levé ?

M5 :

On organisait pas de réunion hein, j'allais avec le dossier au cabinet des gastros, j'attendais comme tout le monde dans la salle d'attente, au pied lever (rigole). J'suis un mec pas organisé.

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- *Alors, imaginez que cette consultation existe, qu'il y a un praticien hospitalier à l'hôpital de Chinon qui vous fait une consultation de médecine polyvalente, peu importe ce qu'elle vous évoque ou quoique ce soit. Vous avez possibilité d'adresser des patients. Quel profil de patient, quelle type de pathologie ou d'association de pathologie ?*

M5 :

C'est là, où j'ai besoin d'un conseil parce que c'est multi-pathos.

Exemple : t'as un mec qui a une insuffisance cardiaque, mais qui a aussi une insuffisance rénale, et qu'a aussi un diabète et il va falloir gérer tout ça parce que c'est compliqué, parce que l'insuffisance cardiaque tu la traites mais tu vas bousiller le rein ... et derrière ça y'a le diabète qui va bousiller le rein et le coeur... on a besoin d'avoir plusieurs idées. Enfin c'est ce que je crois.

- *Donc l'objectif serait d'améliorer quoi ?*

M5 :

Le but ce serait d'optimiser les choses. Il est évident que ces gens là on va pas les faire vivre 100 ans mais ce qu'on veut, notre rôle, c'est d'offrir un confort maximum.

Et faire en sorte que l'on puisse, en fonction du souhait du patient, finir à la maison.

Donc en gros, les prises de décision thérapeutiques et quelque chose d'organisationnel sur le devenir voire la fin de vie.

La notion de confort elle est primordiale, dans la prise en charge globale.

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- *Spontanément là, est-ce qu'il y a des freins à la mise en place de cela ? Qui concerne les patients, les médecins, la logistique ... peu importe.*

M5 :

Je pense qu'au niveau des correspondants, ça ne pose pas de problèmes sauf leur disponibilités...

Parce qu'on est tous surchargés, que ce soit à l'hôpital ou en ville

Sachant que quand même le téléphone ça existe et qu'on peut résoudre des problèmes avec le téléphone. Moi je suis pas mail, après c'est une alternative aussi.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- ***On a déjà un peu répondu à cette question lors des précédentes, mais je serais curieux de la poser différemment. Ma question concernait les attentes et les bénéfices attendus de cette consultation, mais finalement c'est ressorti déjà auparavant. Dans ce cas, qu'est-ce que vous expliqueriez au patient du bénéfice attendu de la consultation ?***

M5 :

J'expliquerais au patient que dans 2 têtes il y a en a plus que dans une.

Et que mon but c'est pas de le faire vivre 100 ans, c'est de lui offrir une vie confortable. C'est tout.

Moi mon rôle c'est de le faire vivre le plus longtemps possible confortablement, l'un ne va pas sans l'autre. Vivre pour vivre ça n'a pas de sens.

Conclusion : synthèse de la discussion

- ***D'une façon générale, est-ce que vous seriez favorable à la mise en place d'un projet comme ça de consultation externe de médecine polyvalente ?***

M5 :

Moi je pense que ça peut être très positif. Il faut penser à une chose, aujourd'hui on détruit les hôpitaux secondaires, où il y a des services de médecine polyvalente. C'est complètement ridicule. Parce que c'est la logistique. Aujourd'hui on veut parachuter des médecins n'importe dans les « déserts médicaux », mais si il n'y a pas d'hôpitaux périphériques qui assurent la logistique, qu'est ce qu'un médecin seul peut faire avec ses dix doigts, son stéthoscope et son tensiomètre : rien. Que dalle. Quand j'ai exercé à l'étranger et que je demandais aux gens de revenir une semaine plus tard car à ce moment on aurait peut être les médicaments, j'étais vraiment fier de NOTRE système de santé. Et je trouve que ça se barre en sucette...

Avant t'avais tes correspondants, tu téléphonais, ils étaient disponibles... Aujourd'hui c'est de plus en plus difficile, voilà...

Sixième entretien avec le médecin n°6 (M6)
Enregistré le 17/04/2023
Durée : 24 minutes et 44 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- En fait, pour la première question je vais vous parler du service de médecine polyvalente de l'hôpital de Chinon.

Je commence en disant que le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Pourriez-vous me raconter une de vos expériences passées de prise en charge d'un patient qui vous vient en tête ?

réfléchit

M6 :

Je viens de voir une dame donc ça me rappelle elle.

Une dame de 86 ans, qui a eu une endocardite. Elle a été hospitalisée un long moment, très longtemps même. En médecine, puis au SSR. D'ailleurs c'est peut être même plutôt le SSR que j'ai en tête.

Elle est restée 3 mois, elle s'est laissée mourir. Un syndrome de glissement au bout d'un moment. Ils l'ont dit morte, quoi (rigole). Et donc on a organisé le retour chez elle, et en fait maintenant elle va super bien ! Voilà. Ah oui, elle a aussi fait la spondylodiscite, traitée avec des doses de cheval d'antibiotiques, elle mangeait plus, elle buvait plus rien, elle était juste sous perf. Ils l'ont renvoyé comme ça et puis elle a récupéré, parce qu'elle était chez elle, elle était contente d'être chez elle et puis elle s'est remise à manger et à boire.

Ça reste une bonne expérience. Ils avaient fait tout un bilan, c'était intéressant.

- Par rapport à cette prise en charge et les prises en charge de façon générale de ce service, qu'est-ce vous pensez de la coordination des soins en collaboration avec ce service-là ?

M6 :

Moi je trouve que la prise en charge est bonne. La seule difficulté je pense que c'est qu'on ne peut pas les adresser en direct, il faut passer par les urgences la plupart du temps. Alors que par exemple le court séjour gériatrique il y a un accès direct, via un contact téléphonique avec les médecins du court séjour.

Après la prise en charge elle est complète hein, ils ont un cardiologue sur place. Après ça s'adresse quand même à des patients âgés, fatigués, j'envoie pas les gens de 45 ans en service de médecine à Chinon (rigole), enfin généralement.

Pour les hospis on va pas envoyer l'hémorragie digestive à Chinon quoi ... (réfléchit) ah si à la limite l'hémorragie dig' on peut parce qu'il y a les gastro sur place mais après y'a pas de réa sur place donc on peut pas tout y envoyer... La chirurgie vasculaire on va envoyer direct à Trousseau parce

que voilà le chirurgien n'est pas sur place à Chinon... donc l'ischémie aigue on ne va pas l'envoyer à Chinon quoi...

Y'a certainement une volonté de notre part d'avoir un accès direct au spécialiste, peut être à tort ? Un cancer du colon, on ne va pas l'envoyer en médecine à Chinon, on va l'envoyer au spécialiste à Trousseau. Je me dis que ça doit bien revenir à Chinon à un moment donné...

Je trouve qu'il y en a quand même peu de très jeunes hospitalisés, parce qu'ils ont peut être moins de diversité au niveau des spécialistes sur place. Voilà, après pour moi ça se passe bien, il y a de bons retours. Ils ressortent avec un courrier, c'est cohérent.

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- ***Du coup le recrutement des services de médecine polyvalente c'est celui-là, c'est des données de la société française de médecine polyvalente :***

- ***c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;***
- ***la prise en charge des patients en fin de vie ;***
- ***et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.***

Est-ce que vous, en médecine libérale, vous avez l'impression d'avoir le temps et les outils nécessaires à une prise en charge optimale de ces patients-là ?

M6 :

Bah oui et non. J'essaye de le faire quoi. (rigole)

Le temps : oui, je pense que j'ai le temps de le faire, j'espère en tout cas. Après, les patients en soins palliatifs ça prend du temps, et effectivement il y a des gens où on a besoin de venir plusieurs fois, parfois tous les jours, ça c'est pas toujours simple. Dans ces cas-là, quand ça devient trop chronophage on déclenche l'équipe mobile de soins palliatifs.

Et puis finalement, j'en ai très peu qui meurt à la maison, il partent quasiment tous à l'hôpital. Pourquoi ? Je sais pas. Enfin, à un moment donné les gens sont très angoissés d'avoir un patient en fin de vie à la maison. Voilà.

- ***Pour les patients atteints de maladies chroniques en cas de décompensations ?***

M6 :

Moi j'envoie facilement les patients en décompensation cardiaque. Je gère pas, à part le patient en bout de course, je gérerai pas avec de l'oxygène à la maison.

Après il y a le côté week-end, en plus actuellement on est en grève sur le territoire, le dimanche il y a personne, donc c'est tendu de les garder à la maison.

- ***Sur les patients qui nécessitent une prise en charge globale ?***

M6 :

Moi j'estime que je le gère. Après quelque fois on appelle les spécialistes. Après on envoie effectivement des gens quand on arrive plus à avancer.

Après on a ce côté où on se dit que c'est compliqué de gérer certains patients complexes et on n'a pas toujours le bon diagnostic, et à l'hôpital il y a plus de diagnostics faits et donc derrière davantage de thérapeutique.

Mais il y a le côté que si on avait plus de temps qu'on se libérait avec les IPA (infirmiers en pratique avancée), qui nous feraient tout le côté prévention, renouvellement simple, checker les dossiers sur les examens de dépistage, et faire toute l'éducation thérapeutique du diabétique / dyslipidémique / etc, ça nous libérerait du temps sur la partie diagnostique et thérapeutique, pour échanger avec les spécialistes par exemple.

Après le gros problème de ça c'est la rémunération. Parce que ce serait du temps non rémunéré et je pense que c'est ça qui freine peut être... parce qu'on est toujours à la course à la consultation alors qu'il nous faudrait 2h de temps dans la journée pour faire ces trucs là. Pour s'y retrouver financièrement.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- Est-ce que vous déjà entendu parlé du concept de consultations externes de médecine polyvalente ?

M6 :

Non.

- Qu'est-ce que ça vous évoque de prime abord ?

M6 :

Alors, actuellement on a une infirmière en formation , une future IPA, qui me parlait d'une équipe mobile gériatrique. Je sais que moi je n'ai jamais fait appel à eux. Je sais pas si c'est déjà le cas à Chinon, mais je ne crois pas.

Après j'ai l'impression que ça se faisait en médecine interne gériatrique à Bretonneau pendant un moment ...? Des consultations de post-hospitalisation de certains patients compliqués. Ça s'est certainement arrêté faute de financement, j'en sais rien (rigole)

Après moi je l'ai pas vécu en tant que médecin installée.

Alors effectivement pour des gens chez qui on tourne un peu en rond, et pour autant ils ont pas forcément envie d'aller à l'hôpital, pour éviter un passage aux urgences, ça pourrait être intéressant. Pour les gens très âgés, pour avoir un avis ponctuel ?

Ce serait donc un avis ponctuel, une fois ?

- Je ne préfère pas vous orienter et plutôt explorer ce qui vous vient naturellement en tête.

M6 :

Oui, ça pourrait être intéressant. Tu vois, parfois on fait des bilans d'anémie, on les envoie au spécialiste parce qu'une fois qu'on a fait le bilan on a parfois du mal à désigner l'origine par exemple.

D'avoir un avis d'un interniste, ou d'un néphro, ou de quelqu'un qui saurait gérer tout ça ce serait agréable.

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- ***Donc on rebondit un peu sur la question que j'allais poser, à savoir, imaginons que cette consultation de médecine polyvalente existe, sans définir immédiatement ses objectifs, quels seraient les patients ou les profils de pathologie ou d'association de pathologies vous trouveriez intéressant d'adresser à cette consultation de médecine polyvalente ?***

M6 :

Typiquement, c'est les gens qui auraient besoin d'un avis sur l'association d'une insuffisance cardiaque, rénale et anémie. Ce trio là où on envoie un peu chez le cardio, un peu chez le néphro mais les délais sont hyper longs, et puis l'hématologue pour une anémie c'est pareil ça peut être assez long.. alors que quelque fois ça pourrait être résolu juste en changeant quelques médicaments etc. Ça ça pourrait être intéressant. Le genre de patient où on patoge quoi. (rigole)

- ***C'est que finalement il n'y a pas le temps ou c'est que les moyens de ville sont épuisés ?***

M6 :

C'est pas vraiment le temps le problème, l'idée c'est plutôt d'avoir un autre regard, quelques fois ça peut être un remplaçant aussi qui va avoir une autre idée.

Et quand on patoge on a plus envie de s'y plonger quoi.

En fait ça s'adresserait surtout à des patients au profil gériatrique, parce qu'il y a souvent plusieurs pathologies impliquées. Alors que le patient jeune qui a une insuffisance rénale il va voir le néphrologue, si il y a une anémie surajoutée c'est le néphrologue qui va gérer ou qui a l'adresser lui même à son confrère etc...

Alors que le patient âgé il a la démence, l'anémie, le machin... et puis bah ça interagit et c'est ça qui fait qu'on ne sait pas si en appuyant sur un truc on va faire décompenser l'autre, et c'est pour ça que c'est plus compliqué. EN plus c'est des gens qu'on déplace difficilement et qu'on pas très envie d'aller à l'hôpital... qu'on probablement raison d'ailleurs

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- ***Est-ce qu'il y a des freins qui vous viennent immédiatement en tête par rapport à la mise en place de cette consultation ?***

M6 :

A part le transport... mais bon ça ça peut se gérer.
Parce que ça pourrait être des gens alités, dépendants.
Donc dans ce cas, il faut le transport en ambulance et l'accompagnement.
C'est peut être ça le gros frein essentiellement.
Ah non non, moi si il y a de la place, moi je les envoie.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- En terme de bénéfice attendu, comment vous présenteriez cela au patient ?

M6 :

Pour l'expliquer aux patients, je pense qu'il faut leur dire le problème principal pour lequel on les envoie par exemple « je vous adresse à un médecin de l'hôpital pour gérer votre problème d'anémie, pour votre problème de fièvre chronique, pour votre polyarthralgie... » Alors là le problème c'est qu'on peut mettre tout là dedans donc je sais pas... (rigole)
Faudrait que ce soit bien borné quoi. Parce que sinon on va vous envoyer plein de trucs quoi.
Ou d'avoir un avis ponctuel d'un gériatre quoi.
Après les gens je pense qu'ils sont toujours volontaires pour voir un spécialiste ou assimilé à un spécialiste.

- D'une façon générale, les patients ils sont plutôt volontaires ?

M6 :

Je pense que les patients ils seraient partants.
Surtout si c'est à Chinon.
Parce que dès qu'il faut aller à Bretonneau, voir le néphrologue c'est tout un truc... quand c'est pas loin, pour le patient ou l'accompagnant, c'est quand même plus simple.

- Et ce praticien il servirait à quoi concrètement ? Quel pourrait être son rôle ?

M6 :

Ce médecin il pourrait aider à donner des pistes sur ce genre de dossiers compliqués, après effectivement si on patoge c'est aussi parce qu'on n'a pas forcément le rendez-vous facile avec le spécialiste, qu'on ne sait pas forcément vers quel spécialiste orienter...
Ce serait quand même quelqu'un qui crée du réseau quoi, qui fait de la coordination avec d'autres spécialistes (infectieux, choses comme ça...)

Conclusion : synthèse de la discussion

- D'une façon générale, est-ce que cette idée elle peut être séduisante pour un médecin installé comme vous ?

M6 :

Oui cette idée elle est séduisante.

On est toujours partants hein, dès qu'il y a des trucs nouveaux et des gens qui s'installent, qui font des choses ! Oui oui !

Septième entretien avec le médecin n°7 (M7)
Enregistré le 18/04/2023
Durée : 15 minutes et 53 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- ***Donc, le service de médecine polyvalente de l'hôpital de Chinon. prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que vous pourriez me raconter une de vos expériences passées de prise en charge d'un de vos patient dans ce service ?***

M7 :

Comme ça forcément il n'y a rien qui me vient en tête...

Il y a en tout les jours j'ai l'impression. Mais je suis un peu prise de court, il n'y a pas une situation qui me vient en tête.

- ***D'une façon générale, qu'est-ce que vous pensez de la coordination des soins avec ce service là ?***

M7 :

Alors moi je pense qu'il est bon parce qu'on a donc un compte-rendu rapide, après le passage en hospitalisation. La plupart du temps par mail rapidement (via mmssanté), parfois par courrier.

Là par exemple j'ai reçu un courrier pour un patient qui est sorti le 13 et on est le 18. Donc ce retour rapide là il est appréciable. Parce que parfois on revoit le patient rapidement après hospitalisation et si on a pas le compte rendu et bien on ne sait pas ce qu'il s'est passé et c'est un peu compliqué pour la prise en charge.

Quand il y a un soucis, ils n'hésitent pas à nous appeler donc on a des contacts téléphoniques de temps en temps.

Après en général après une hospitalisation c'est important d'assurer le suivi et de revoir rapidement les gens, c'est bien de refaire le point, voir les traitements qui ont changé et amené à une nouvelle prise en charge donc ... on essaye d'être disponible. C'est une consultation que je juge plus importante qu'une consultation de routine donc c'est important.

Dans les comptes rendus ce qui est bien c'est qu'ils listent ce qui est déjà programmé et ça c'est appréciable, on sait que les rendez-vous sont déjà pris. Quand on regard ensuite le dossier on se crée des alertes, donc ça permet de réaborder le sujet.

Et puis le patient qui est suivi et qui fait ses examens, il revient avec les résultats pour avoir notre avis. Donc ça nous permet de reprendre le relai.

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- ***Du coup le recrutement des services de médecine polyvalente c'est celui-là, selon la société française de médecine polyvalente :***

- *c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;*
- *la prise en charge des patients en fin de vie ;*
- *et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.*

Est-ce que vous, en ville, vous avez l'impression d'avoir le temps et les outils nécessaires à la gestion de ces patients là ?

M7 :

Bah oui on essaye de les gérer en ville tant qu'on peut, et ils arrivent là quand on est dépassés, quand ça nécessite une hospitalisation et donc une prise en charge globale rapide au final.

Quand on a besoin de faire une synthèse rapide, plusieurs examens complémentaires pour arriver à un diagnostic, que nous en ville on aura dans plusieurs semaines et bien c'est là qu'on les hospitalise pour faire le bilan, rapide.

- Si je détaille un peu plus précisément chaque item, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, vous estimez avoir le temps et les outils nécessaires ?

M7 :

On essaye en tout cas (rigole), après effectivement le temps de consultation reste court mais on les voit tous les trimestres en moyenne, donc ce qu'on a pas le temps de faire une fois et bien on le fait la fois d'après, enfin on essaye de faire cette prise en charge.

- Les patients en fin de vie ?

M7 :

En général, on y consacre plus de temps car il y a besoin d'un accompagnement plus global et notamment psychologique de l'entourage qui fait que ça c'est souvent géré en visite. Et on prend le temps qu'il faut. Enfin moi je prends le temps qu'il faut en tout cas. Après quand on est dépassés, on demande de l'aide : l'équipe mobile de soins palliatifs, l'HAD quand on est vraiment sur la fin et qu'il y a besoin de soins continus.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- Est-ce que vous déjà entendu parlé du concept de consultations externes de médecine polyvalente ?

M7 :

Non.

- Qu'est ce que ça vous évoque ?

M7 :

Je pense que ça peut être intéressant en complément de notre travail à nous, parce qu'effectivement au niveau du timing parfois on n'a pas toujours le temps de tout voir dans une consultation, même si on les revoit on peut passer à côté de certaines choses qui pourraient être notamment je pense surtout à la iatrogénie qui pourrait être éventuellement vu par ce type de consultations.

Après il y a sûrement d'autres choses hein.

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- ***Imaginez que cette consultation existe, que vous y avez accès à l'hôpital de Chinon, que vous pouvez y adresser des patients, qui est-ce que vous adresser ? Quel profil de patients, de pathologies ou d'associations de pathologies vous verriez ?***

M7 :

Plutôt des patients polypathologiques justement, où il y a beaucoup de pathologies, où nous on n'a pas forcément le temps de détailler chaque pathologies. Si le patient est diabétique, insuffisant cardiaque, et puis insuffisance rénale par exemple, avec des ulcères, bah il est vrai que ça fait beaucoup à gérer sur une consultation. Alors là soit on est amenés à le voir plus souvent pour gérer chaque pathologie.

Là ça pourrait éventuellement aussi concentrer sur une seule consultation qu'il faudrait assez longue, par rapport à nous en ville, pour pouvoir être utile et faire une synthèse des choses les plus urgentes à gérer quoi.

Après la synthèse nous on la fait car on connaît le patient, mais plutôt, comme je te parlais de iatrogénie et bien on a les médicaments du spécialiste, des fois il y a des grosses interactions dont moi je n'ai pas toujours la notion des adaptations nécessaires ou des traitements qu'on peut utiliser chez ces patients là et ça ça pourrait permettre de faire un tri sur les traitements qui leur sont proposés.

Ça pourrait être aussi peut être de gérer un problème social aussi, parce que ça c'est vrai que ça prend beaucoup de temps, et on est souvent confrontés à ce genre de choses en ville : patients polypathologiques limités à domicile, la mise en place des aides c'est vrai que ça prend du temps aussi, quand y est confrontés. Quand ils passent en hospitalisation y'a plein de choses qui sont mises en place car ils ont le temps de le faire et que nous on délègue aux familles et il faut qu'ils se débrouillent. C'est vrai que ça ça peut être aussi, sans être hospitalisés, un moyen peut être de faire avancer les problèmes sociaux.

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- ***Forcément, on parle du côté positif, mais il existe forcément des limites. Qu'est-ce qu'il vous vient naturellement en tête ? Quels seraient les freins à la mise en place de cette consultation ?***

M7 :

Le transport.

Parce que souvent ce sera des patients âgés, des patients que nous on voit parfois en visite et donc qui ne pourraient pas se déplacer.

Ça peut être, l'opposition du patient qui ne verrait pas l'intérêt de cette consultation.

Voilà... je n'ai que ça pour l'instant.

- Et le temps d'une consultation vous paraît suffisant ?

M7 :

Je pense qu'en terme de temps ça se réfléchit : une consultation longue ça irait à beaucoup, peut être qu'un sorte d'hospitalisation de jour ou de demi-journée pour avoir un temps encore plus long ça pourrait être profitable mais beaucoup refuserait de s'y rendre.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- Quel serait le bénéfice attendu pour la prise en charge de ces patients ?

M7 :

Déjà avoir un autre avis que le mien, quelqu'un qui ne le connaît pas justement, mais qui pourrait prendre en compte les choses sans prendre en compte justement le contexte, pour pouvoir ... (réfléchit)

le but n'étant pas de trop se remettre en question non plus (rigole)

donc faire le tri sur l'ordonnance comme on disait, présenter au patient la possibilité d'alléger son ordonnance ou de l'adapter parfaitement à son contexte à lui, par quelqu'un qui aura plus de temps que moi à lui proposer et puis d'essayer d'aborder des sujets que je n'ai pas forcément le temps de prendre en charge

Conclusion : synthèse de la discussion

- En terme de conclusion, qu'en pensez-vous de ce projet ? Y-seriez-vous favorable ?

M7 :

Ça peut être intéressant oui. Après ce sera le retour d'expérience qui montrera si c'est bénéfique ou pas, et s'il faut le pérenniser.

Oui je pense que ça peut être intéressant d'avoir une consultation qui serait plutôt gériatrique, sans être un hospitalisation. Donc un intermédiaire entre nous, qui sommes toujours dans l'urgence, parce que quand il vient pour son renouvellement et qu'il y a un problème aigu par dessus et bien on peut pas gérer le chronique du coup ça permettrait de gérer une partie du chronique d'un point de vue extérieure.

Huitième entretien avec le médecin n°8 (M8)
Enregistré le 28/04/2023
Durée : 22 minutes et 24 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- ***Je commence en disant que le service de médecine polyvalente du CH de Chinon s'occupe de pas mal de patients de votre territoire de santé. Est-ce qu'il y aurait une expérience qui vous vient en tête d'un de vos patients dans ce service ? Pas la gériatrie, pas les urgences, uniquement la médecine polyvalente.***

M8 :

Bah oui, y'en a plein

Il faut que je cite des exemples ?

- ***Oui, une expérience qui vous aurait marqué.***

M8 :

Un patient de 70 ans, déficit moteur et sensitif mixte, hémicorps, d'évolution plutôt subaigue, pour qui l'avis neuro en ligne comme ça n'était pas très inquiet. Le premier collègue généraliste qui l'a vu, était pas très inquiet non plus.

Il débarque chez moi, je découvre le patient, je découvre ses antécédents, je découvre ce déficit neurologique semi-aigu, qui est quand même quelque chose d'interrogeant, sachant que le monsieur il a des antécédents un peu vasculaire, HTA, donc on rentre dans les classiques, aussi du surpoids mais aussi un antécédent néoplasique au niveau prostatique avec déjà des récives par le passé au niveau osseux. Du coup on s'interroge sur un tas de chose : est-ce qu'on part sur de la neuro ? est-ce qu'on part dans la cancéro ? est-ce qu'on part dans une nouvelle pathologie ?

Comme les neuros ni du CHU ni en libéral ne sont pas inquiet, ils disent imagerie à distance donc ok très bien... et en plus le monsieur il est pas très facilement mobilisable vu le contexte etc... c'est le cas typique où l'on a besoin d'un service de médecine polyvalente, de proximité, avec pas mal de possibilités techniques... Du coup, on appelle les collègues de Chinon, je tombe sur une collègue (je ne sais plus qui c'est), qui est très compréhensive, qui s'intéresse au sujet donc on programme la prise en charge : une hospitalisation dans un délai de 2 jours, avec des examens déjà calés quand le patient rentre, elle me dit quoi faire en attendant l'hospitalisation comme bilan pré-hospi et au final on découvre un lymphome intra-crânien. Voilà, mais tout en faisant une prise en charge globale du patient polypathologique.

C'est un cas qui marque !

- ***Donc, qu'est-ce que vous pensez de la coordination des soins avec ce service là, de façon globale ?***

M8 :

En terme de coordination, ça se passe plutôt bien. Après pour que ça se passe vraiment bien il faut que nous aussi on travaille pour : ce patient, si je l'avais adressé via les urgences, avec un courrier à peu près bof, sans avoir fait de bilan un peu poussé avant au cabinet, ça se serait peut être perdu dans le lot. parce qu'il aurait été adressé avec un mauvais courrier, un bilan lacunaire... donc je pense qu'il faut qu'on prenne notre téléphone, il faut qu'on demande d'échanger avec les collègues de l'hôpital, il faut qu'on donne des infos précises sur ce que l'on cherche tout ça... si on cherche des trucs particulier il faut qu'on le dise (pour ne pas passer à côté, parce que certainement que des fois on a une arrière pensée que l'autre n'a pas) et je pense que c'est aussi important de dire quand on ne sait pas ce qu'on cherche, parce que ça m'était déjà arrivé d'envoyer les patients pour le fait d'avoir juste senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, sans savoir ce que ça pouvait être ... Donc c'est bien aussi de pouvoir adresser en expliquant qu'on ne sait pas et qu'on ne s'en débrouille pas

Il faut qu'on prenne notre téléphone, qu'on échange les infos, et dans ce cas là ça se passe toujours bien.

Après le seul frein, c'est les places. Mais c'est plutôt du côté gériatrie que c'est compliqué. Parce que les patients restent plus en place, ils bloquent plus longtemps les lits, donc des fois pour des entrées c'est compliqué. Mais en médecine polyvalente j'ai le sentiment qu'il y a plus de turn-over.

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- Donc là je reprends des données qui viennent de la société française de médecine polyvalente sur le recrutement des patients dans ces services.

Le recrutement des services de médecine polyvalente c'est donc celui-là :

- c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;***
- la prise en charge des patients en fin de vie ;***
- et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.***

Est-ce que vous, en libéral, vous avez l'impression d'avoir le temps et les outils nécessaires à une prise en charge de ces patients-là ?

M8 :

Oui.

- Est-ce qu'on peut détailler un peu ? Les patients atteints de maladies chroniques, en cas de décompensation, c'est des choses que vous arrivez à gérer en ville sans trop de difficulté ?

M8 :

Oui on gère sans trop de soucis.

Typiquement les insuffisants cardiaques un peu en fin de course où ils ont déjà eu 15 stents, où ils ont déjà toutes les molécules anciennes et nouvelles, et quand ils décompensent on peut avoir besoin de l'hôpital. Mais nous en fait on bosse avec les infirmières ici, tous mes patients chroniques sont suivis par nos infirmières ou celles du coin. Donc ça se passe bien, on essaye de

faire le maximum de choses possibles au domicile. Y'a aucun soucis pour majorer le nombre de passages si c'est nécessaire. Nous en terme de visite aussi on essaye d'être assez flexibles et de faire tout ce qu'on peut, et si y'a besoin de l'hôpital vu qu'on se connaît y'a un échange facile. Si y'a besoin d'une hospitalisation, souvent c'est pas immédiat et on a des consignes de ce qu'il faut faire en attendant par les collègues. Honnêtement je ne pense pas que ce soit très compliqué.

- Les patients en fin de vie ?

M8 :

Alors ça c'est un peu plus compliqué. Parce que les patients ont leur volonté qu'on connaît depuis longtemps par rapport à l'endroit où ils souhaitent mourir. Moi je suis pas hyper à l'aise avec les fins de vie à domicile, parce que j'ai toujours peur que la personne décède un dimanche dans la nuit... parfois je donne mon portable mais dimanche 3h du mat' c'est compliqué quoi... c'est plus ça qui me frustre un peu. Ça peut très bien se passer, notamment avec l'HAD, mais parfois il y a besoin de notre équipe personnellement et on ne peut pas assurer... après si c'est le choix de la famille, du patient et que techniquement c'est envisageable, avec l'HAD bon...

et si c'est à l'hôpital c'est assez facile. Par contre il faut être disponible avec la famille, il faut bien border le moment où on décide que ça se passera à l'hôpital. Si on fait le travail en amont, ça se passe bien cette transition.

Et dans les fins de vie pour pathologie chronique, et bien souvent on a le temps d'anticiper et de parler de tout ça.

Nous on travaille avec Chinon mais surtout avec Sainte Maure pour les fins de vie, et quand le dossier est connu dans l'hôpital les collègues de Sainte Maure me disent toujours « ah mais t'inquiètes même si il n'y a pas de place, on se débrouille, on va en trouver de la place »

Le vrai cas problématique c'est quand le patient change d'avis au dernier moment, et veut rester à la maison... le pire c'est quand ça arrive le vendredi midi donc là on peine à mettre un truc correct en place.

- Les patients qui nécessitent une prise en charge globale ?

M8 :

Donc diabétique, hypertendu, insuffisant cardiaque des choses comme ça ?

- Par exemple.

M8 :

Par exemple. Mon monsieur si un jour il décompense n'importe quelle pathologie... comme dans le premier cas de figure, on essaye de faire le maximum en ville et si on sent qu'on est en limite, hop un coup de téléphone en service polyvalent et on hospitalise, dans un délai raisonnable.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- ***Est-ce que vous déjà entendu parlé de la notion de consultations externes de médecine polyvalente ?***

M8 :

Oui, ça me parle, mais mes patients n'en n'ont jamais eu.

- ***Qu'est-ce que ça vous évoque ?***

M8 :

J'en ai entendu parlé, c'est assez flou.

Mais je pense que ça pourrait pallier parfois à l'hospitalisation.

Pourquoi pas le service de médecine polyvalente qui vient vers le patient : en consultation ou en visite ?

Pour évaluer le patient avec le personnel du service, sans l'hospitaliser.

Donner des prescription supplémentaires.

Donner des consignes supplémentaires : kiné, tel type de matelas, tel type d'orthèse, ça peut être un solution intermédiaire entre l'hospitalisation et le simple suivi par moi

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- ***Dans cette optique, on imagine que cette consultation de médecine polyvalente existe, peu importe ce qu'elle est / ce qu'elle représente, quels patients vous adressez ? Quel profil de patient ? Quelles pathologies ? Quelles associations de pathologies ?***

M8 :

Ça pourrait être comme les consultations de médecine interne ... parce que bon, la décompensation cardiaque simple bon... ça vaut peut être pas le coup

Mais quand il y a un pathologie oncologique, une pathologie cardiaque, ou vasculaire, un diabète, une insuffisance rénale... en fait des pathologies qui des fois en terme d'indication ou de contre indications de médicaments rentrent en conflit et qu'on arrive à notre limite

Aussi s'il y a des nouveaux symptômes et on ne sait si c'est purement relié à des pathos existantes ou s'il faut encore qu'on cherche de nouvelles pathologies, moi je penserais à ça un peu plus, comme les consultations de médecine interne.

Question 5 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- ***Concrètement, vous en attendriez quoi ? Vous avez un compte-rendu, vous vous attendez à avoir une solution à un problème : ce serait quoi cette solution ?***

M8 :

Bah par exemple s'il y a un nouveau symptôme chez un patient polypathologique, pour pouvoir me rassurer si c'est bien lié à un problème déjà existant donc que ça me conforte : « oui effectivement, ces symptômes appuyés par nos examens complémentaires prouvent que vous avez raison, ne cherchez pas de nouvelle pathologie, c'est lié à tel et tel chose qu'on connaît déjà ; ou le contraire, c'est à dire que « attention, ne pas passer à côté de tel pathologie supplémentaire » pour que ça nous donne des pistes diagnostiques ou nous alerter sur des oublis potentiels

Et aussi, thérapeutiquement. C'est vrai que des fois, nous on se pose des questions : est-ce que j'ose arrêter les diurétiques ? est-ce que j'ose arrêter telle molécule ? parce qu'au domicile la surveillance ce n'est pas si simple, et peut être que des collègues de médecine polyvalente qui ont déjà fait de gros changements en hospitalisation et bine peut être que déjà en consultation ils oseraient conseiller de façon un peu plus osé que ce que nous on ose faire en ville.

Pour l'instant nous on a quand même possibilité d'échanger en équipe avec les médecins de la maison de santé ou les remplaçants. Aussi dans la maison de santé, on a aussi tous les mois une réunion de coordination qui justement est là pour qu'on discute des cas compliqués où on ose pas prendre certaines décisions tout seul et des fois aussi les collègues de l'hôpital de proximité et bien on les appelle en expliquant qu'on a telle pathologie, j'ai peut être pas besoin d'hospitaliser mais j'aurais besoin d'avis.

Alors cette consultation n'existe peut être pas mais le cas de figure existe aussi, où des fois (notamment les collègues gériatres) nous conseille sur le fait d'alléger les ordonnances par téléphone, et si ça va pas on se rappelle.

- C'est rigolo, mais je ne vous entends pas parler des spécialistes ?

M8 :

Ah mais parce que ce n'est pas le sujet. (rigole)

- Mais, ça vous arrive qu'ils vous aident dans ces situations là ? Qu'ils répondent au téléphone ?

M8 :

Les spécialistes ça arrive qu'ils nous aident mais plus quand on sait vraiment que l'orientation est purement cardio ou pneumo par exemple, parce que le patient typique compliqué âgé cardiaque vasculaire rénal oncologique, souvent quand il y a une problématique complexe bah le cardio va nous dire : « met du FORIXGA » sauf que le néphro va nous « oublier ça c'est une bêtise », le pneumo va dire « met ceci cela » et l'oncologue va nous dire « non pitié non pas ça »... donc oui quand le problème est complexe ok on appelle le spécialiste mais quand on sait que la problématique est plus globale, surtout chez des patients âgés, là c'est plutôt le ressort de la médecine polyvalente.

Parfois le problème vient aussi du fait que les informations se perdent entre les différents lieux de consultation chez les spécialistes, notamment les consultations qui sont initiées par le patient : là on n'a pas le compte rendu...

Parfois on a quand même des problèmes avec les gynecos et les psychiatres... les ophtalmo n'écrivent jamais non plus... donc dans le cadre de la polypathologie c'est problématique de ne pas savoir ce qui fait et dit.

- Vous lui amèneriez comment au patient ?

M8 :

Pour l'adresser j'expliquerais au patient « et bien écoutez, vous commencez à avoir un certain nombre de pathologies, chaque spécialiste a déjà son travail mais on voit bien que vous vous n'allez pas si bien que ça, il existe des confrères qui ont l'habitude de travailler avec des patients comme vous qui ont beaucoup de maladie pour faire accorder toutes les prescriptions et que vous vous alliez mieux » et voilà.

Question 6 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- Il existe également des côtés « moins bien » que les avantages de cette consultation. Est-ce qu'il y a des freins qui vous viennent spontanément en tête par rapport à la mise en place de cette consultation ?

M8 :

Le trajet. Après problème oui et non, si on a besoin de médecine polyvalente souvent on est en ALD donc prescription de taxi pour la consultation c'est cohérent.

Les patients plus jeunes ou qui relèvent de pathologies hors ALD, le trajet ça peut être problématique... quoiqu'on ne se pose pas la question parfois quand il s'agit de les adresser à Chambray ou au CHU ...

Après on se débrouille hein, y'a toujours un cousin ou un voisin qui peut aider.

Conclusion : synthèse de la discussion

- D'une façon générale, elle vous paraît séduisante cette idée ?

M8 :

Oui ça pourrait être pas mal.

Oui, comme n'importe quelle consultation d'autres spécialistes.

Voilà.

Neuvième entretien avec le médecin n°9 (M9)
Enregistré le 11/05/2023
Durée : 26 minutes et 06 secondes

Question 1 : Idée générale de la coordination Ville-Hôpital avec le service de médecine polyvalente du service du CH de Chinon

- ***Alors le service de médecine polyvalente du CH de Chinon prend en charge de nombreux patients de votre territoire de santé. Est-ce que vous pourriez me raconter une expérience passée de prise en charge d'un de vos patient dans ce service ? Quelque chose qui vous vient en tête, une ou plusieurs expériences peu importe.***

M9 :

Bah la première c'est que j'ai eu l'un des médecins au téléphone ce matin. Il m'appelait pour faire préciser les antécédents d'une patiente actuellement hospitalisée dans le service, pour une décompensation cardio-respiratoire. Il voulait avoir des précisions sur sa vaccination covid aussi.

- ***Est-ce que vous auriez une expérience de quelqu'un qui a été pris en charge par le passé ? Quelque chose qui vous aurez marqué ?***

M9 :

J'en ai une mais je crois qu'elle était dans le service de SSR.

Une patiente qui a fait une chute et qui a été prise en charge... c'est pas un bon exemple

Une patiente hospitalisée pour une pneumopathie il y a un mois et demi. Prise en charge à l'hôpital mais décédée. Elle n'a pas été prise en charge très longtemps, elle a décompensé très rapidement. Je sais pas si c'est un bon exemple...

- ***C'était une personne jeune ?***

M9 :

C'était une personne très âgée.

- ***Vous les voyez comment d'une façon générale les patients qui rentrent dans ce service de médecine polyvalente ?***

M9 :

Quel type de population ?

- ***Ouais***

M9 :

C'est du polyvalent, mais pour des personnes âgées. C'est des pathologies aiguës, type pneumopathie/pyélonéphrite qui nécessitent une hospitalisation mais globalement c'est des patients âgés en décompensation. Pour certains c'est des patients pour qui le maintien à domicile est fragile et qui basculent à l'occasion d'une décompensation aiguë et pour lesquels on ne peut pas orienter directement sur le court séjour.

En fait c'est souvent des gens qui ont un évènement intercurrent qui fait qu'ils vont aux urgences. Souvent une prise en charge post-urgence.

- *Qu'est-ce que vous en pensez de la coordination des soins avec ce service-là ? Comment ça se passe la coopération ?*

M9 :

Alors déjà je pense qu'elle s'est beaucoup amélioré.

Alors j'y ai indirectement travaillé dans le cadre de la CPTS, c'est à dire qu'on a un de nos axes de travail c'est la coordination Ville-Hôpital dans le service Ville → Hopital et Hopital → Ville. Notre travail, qui a été bloqué par le COVID, c'était d'optimiser le retour à domicile, et on a remarqué que le meilleur moyen de faire ça c'était d'abord :

- qu'il y ait une check-list infirmière pour que les infirmières du service se mettent en lien avec les infirmières libérales
- et que les pharmaciens soient prévenus

car ce sont les deux acteurs qui sont en premières lignes à la sortie d'hospitalisation, qui parfois est un peu précipité.

Pour ma part, maintenant on a le courrier qui arrive avec le patient, parfois même avant et ça s'est vraiment énormément amélioré.

Y'a pas photo : y'a 4 ans-5ans y'a une amélioration énorme, à la fois de la part des urgences et de la part du service de polypathologie. C'est très réactif.

La problématique c'est souvent la sortie d'un patient qui est un peu précipitée parce qu'il y a un flux tendu hospitalier qui fait que les gens sont sortis de façon un peu précipitée et ce passage là il peut être fragilisé par le fait que les choses ont pas eu le temps d'être organisées à domicile. Et c'est pour ça que je pense que c'est important que les infirmières et les pharmaciens soient dans la boucle de sortie.

Question 2 : Temps et outils de prise en charge des patients répondant au recrutement des services de médecine polyvalente

- ***Le recrutement des patients dans les services de médecine polyvalente, ce sont les données de la société française de médecine polyvalente, c'est le suivant :***
 - ***c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire) en cas de décompensation ;***
 - ***la prise en charge des patients en fin de vie ;***
 - ***et la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale globale.***

Est-ce que vous, en ville, vous avez l'impression d'avoir le temps et les outils nécessaires à la prise en charge optimale de ces différents patients ?

Si vous voulez on détaille un peu point par point. Déjà les patients atteints de maladies chroniques, en ville est-ce que c'est confortable ?

C'est confortable dans le sens où le réseau de professionnel de santé est assez bien organisé sur le territoire avec la présence d'un classeur de liaison.

En fait moi je vais surtout parler des patients qui sont gérés à domicile ou poly-pathologiques à la maison de santé. C'est assez bien structuré : avec les infirmiers, les médecins, les pharmaciens et les kinés je trouve qu'on est assez bien organisés. Et après malgré tout il suffit d'une chute ou d'une pneumopathie pour tout faire basculer.

Globalement on est bien organisés mais on est vite fragilisé du fait de notre activité aussi qui fait qu'on ne peut pas être omniprésent auprès des patients, on est réactifs mais prendre en charge un patient au domicile sur quelque chose de complexe ça devient vite compliqué.

Alors le carnet de liaison en fait c'est un classeur qu'on a mis en place avec le département au départ, qui a été reprise ensuite par la CPTS, où en fait dessus on a la « fiche de liaison ».

Par exemple les urgentistes, ils savent que quand il y a un patient du canton de L'Île Bouchard qui arrive aux urgences il a cette fiche de liaison pour les patients maintenus à domicile uniquement, les pompiers savent qu'il doivent recherche une pochette à l'intérieur qui contient :

- le volet médical de synthèse
- les antécédents
- la personne à prévenir
- les professionnels médicaux et paramédicaux et les organismes sociaux qui interviennent

Et ça ça a été repris par la CPTS. A la base c'était une expérimentation qu'on a fait avec le département il y a une dizaine d'année puis qui a été un peu généralisé à Saint Cyr, à La Riche, et sur tous les département.

C'est un peu lourd, c'est pour ça que je pense qu'avec le DMP il y a des choses qui vont être simplifiées.

Ça permet au moins d'avoir un document de liaison entre les professionnels de santé sur une territoire donné. Voilà

Alors nous il s'avère qu'on travaille en « pôle santé », on a 4 cabinets infirmiers qui sont tous indépendants les uns des autres, et il y a une bonne entente qui fait que.

A Avoine il existe aussi ce carnet de liaison mais il est beaucoup plus sobre et je crois qu'ils ont raison d'autant que maintenant il existe les logiciels externalisés, et ce logiciel nous permet de mettre à jour les dossiers directement au domicile des patients, en visite.

Mes remplaçant par exemple, ils mettent un mot dans le dossier médical au retour de la visite. Ce que je ne faisais pas avant.

En espérant qu'il y a en ait de moins en moins à domicile, mais il y en aura toujours, ça c'est une spécificité française, c'est une exception française hein la visite à domicile. Le maintien à domicile c'est vraiment quelque chose de très français. Il faut essayer de le minimiser, c'est à dire qu'il faut que les gens puisse venir au maximum en maison de santé, mais les gens qui ne peuvent se

déplacer il faut vraiment qu'on conserve cette exception et qu'on puisse optimiser ce maintien à domicile pour les gens soient bien chez eux.

Je sais plus pourquoi on parlait de ça. Ah oui le logiciel externalisé !

Par exemple avec une tablette on peut rentrer un mot directement au domicile. Moi je ne le fais pas.

Alicia, ma remplaçante et qui prend ma succession, elle elle note des mots au retour de visite.

Ce sur quoi on travaille, c'est qu'on a une commission « gestion des patients polyopathologiques » donc qui travaille sur le maintien à domicile. L'idée c'est d'avoir en permanence, sur place, et avec notre assistante médicale, la mise à jour du traitement médical (qu'on sort au préalable et qu'on amènera à chaque fois chez le patient, et du volet médical de synthèse.

Donc par exemple là la patiente qui va revenir au domicile dans les suites de sa pneumopathie, on va mettre à jour le fait qu'elle a fait un covid grave dans sa fiche d'antécédent et dans son volet médical de synthèse, que j'amènerai à la prochaine visite au domicile de cette dame.

Donc on est en train de mettre cela en place avec le poste fraîchement créé d'assistante médicale. Elle travaillera à la fois avec les médecins, les infirmiers et les pharmaciens.

- En cas de décompensation, qu'est-ce qui vous limite le plus ?

M9 :

C'est compliqué si les personnes sont vraiment très isolées et puis après il y a le risque de chute dès qu'il y a un évènement intercurrent qui les fait basculer bien souvent on est obligé de les faire hospitaliser

soit on a un peu de temps devant nous, comme j'ai fait ce matin, et j'ai appelé Mme P. au court séjour gériatrique. En fait c'est un patient qui a chuté alors qu'il a 92 ans et qu'il va parfaitement bien. Il a chuté dans les 10 derniers jours, il prend pas ses médicaments depuis 1 mois, et son fils me l'a amené. ensuite Mme Picot me la pris en hospitalisation parce qu'elle avait de la place pour faire une évaluation gériatrique.

Moi j'ai une formation de soins palliatifs donc j'essaye au maximum de maintenir les patients selon leurs souhaits. Après maintenant on est bien aidés par l'équipe de soins palliatifs, qui sont plutôt disponibles en 'one shot', une fois, et après on a toujours un petit décalage de réactivité (ce qu'on comprend parce qu'ils ne sont pas sur place) mais c'est un gros soutien

Et après on a l'HAD, avec ses difficultés, qui peuvent mettre en place certains trucs...

Moi je faisais plein de choses que je ne fais plus, justement parce que maintenant on a l'HAD et ça nous permet d'avoir le maintien à domicile plus facilement

Après pour le reste, à la limite on va faire de la ROCEPHINE, de l'antibiothérapie, mais il y a une prise de risque donc en accord avec les patients et la famille des patients.

Souvent les patients en EHPAD ils nous disent « bah non je ne veux pas retourner à l'hôpital », ça y est on a acté le truc donc on va essayer de le maintenir ici au risque que ça ne passe pas...

Moi ça m'arrive de faire poser des SC mais pour moi il y a de moins en moins de gestes techniques.

Question 3 : Notion de consultation de médecine polyvalente

- ***Est-ce que vous avez déjà entendu parlé de consultations externes de médecine polyvalente ?***

M9 :

Euh.. alors sur Tours je pense que c'est le professeur du service de gériatrie qui a du mettre ça en place...

En fait c'est rigolo car quand on a des patients qui chutent il y a une information qui remonte à Tours (alors que c'est une patient qui avait été reçue en hospitalisation à Chinon pour une évaluation globale justement), et j'ai reçu un courrier de Tours qui me précise « votre patiente est tombée à telle période... sachez qu'on a la possibilité de faire une évaluation de votre patiente dans la cadre d'une prise en charge gériatrique... » comme ce qui est fait au court séjour gériatrique de Chinon.

- ***Qu'est-ce que ça vous évoque ce truc là : « consultation externe de médecine polyvalente » ?***

M9 :

Alors ça veut dire qu'ils viennent au domicile ?

- ***C'est ce que ça vous évoque ?***

M9 :

Ou alors ça veut qu'on envoie les patients et qu'ils sont vus en consultation... c'est pas possible ça
Pour moi il y a deux solutions :

- soit il y a une équipe avec un médecin qui vient au domicile et qui fait une évaluation globale (sociale, accompagnement, médicale)
- soit c'est fait au cours d'une évaluation globale pendant une hospitalisation au court séjour gériatrique

- ***La définition d'une consultation externe c'est une consultation réalisée par un praticien hospitalier à l'hôpital. Pour simplifier, consultation de médecine polyvalente hospitalière.***

M9 :

Consultation de médecine polyvalente hospitalière... ça m'évoque quelque chose d'insuffisant pour gérer une situation complexe. Et que je pense qu'on ne peut pas faire l'impasse sur la prise en charge qui associe l'assistante sociale, l'ergonomie, tout ce qui entoure un patient dans le cadre d'une fragilité (les chutes, les problèmes de mémoire), refaire un bilan mémoire, etc..

Et pour moi le court séjour gériatrique, j'insiste, c'est vraiment quelque chose qui nous permet de faire tout ça

Question 4 : Profil de patient ou pathologie chronique particulièrement adapté pour ce genre de consultation

- ***Imaginons que cette consultation est existante et qu'elle vous est accessible : quel profil de patient, de pathologie chronique ou même d'association de pathologie chronique vous trouveriez intéressante d'adresser à cette consultation ?***

M9 :

J'ai une situation où c'est un monsieur qui a une maladie à corps de lewy et en fait il avait un problème de sonde à demeure. Je l'avais fait hospitaliser en CSG pour refaire une évaluation globale parce que ça me semblait nécessaire mais l'avis il aurait été plutôt par un urologue.. enfin c'était problème de fuite et l'urologue que j'ai eu au téléphone m'a donné un conseil... mais ça n'a pas marché

Y'avait aussi un objectif de répit pour son épouse

En fait c'était surtout pour le réévaluer...

Y'avait les signaux de la fragilité même s'il est pas à risque de chute puisqu'il est grabataire , avec la dénutrition , l'état dépressif qui s'installe , des choses comme ça ... c'est des éléments qu'on a l'habitude enfin qu'on a de façon inconsciente en tête quand on voit les gens au domicile mais le fait de les formuler de façon précise « bah tient son moral il en est où » en fait c'est les 5 critères de la fragilité

« ah bah tiens est-ce que je lui ai posé la question de s'il avait chuté depuis la dernière fois ? » des choses comme ça

Le fait d'avoir ces signaux, éventuellement ça pourrait déclencher cette consultation externe

Il y a quand même la polymédication... parfois on a l'impression qu'on est plus fort que tout le monde et ça c'est le piège de l'ordonnance qui est déjà inscrite dans un logiciel. C'est à dire qu'on a tendance à faire un clic sans réfléchir et ça l'imprime.

A l'EHPAD j'essaye de faire du nettoyage mais pour autant à la fin on retrouve toujours cet IPP qu'on ne sait pas d'où il est arrivé.

Question 5 : Aspects limitants ou freins à la mise en place de la consultation

- ***Est-ce qu'il y a des aspects limitants qui vous viennent en tête à la mise en place de cette consultation ?***

M9 :

Ce qui me paraît difficile c'est de me dire que je vais leur confier un patient et qu'un médecin va faire en une consultation externe, enfin qu'est-ce qu'il va faire de plus que moi qui connaît parfaitement le patient à domicile ? C'est peut être prétentieux, mais il faut qu'il ait une compréhension du patient... et c'est pas sur une consultation d'une demi-heure ou même d'une heure, s'il est seul , il va pas pouvoir ...

Alors sinon il faudrait qu'il y ait en amont toutes les informations... enfin à vrai dire ils le demandent pour les bilans mémoire à l'hôpital mais c'est ça... ça me paraît compliqué

Enfin j'imagine le médecin, je lui adresse le patient en lui disant « je voudrais que vous fassiez une évaluation de ce patient pour telle raison » et là il est planté face au patient ... il faut qu'il soit vraiment fort.

Question 6 : Attentes ou bénéfices attendus d'une consultation de médecine polyvalente hospitalière

- Quelles seraient vos attentes, vos bénéfices attendus de cette consultation-là ?

M9 :

Gros avantage c'est si le patient est réticent à l'hospitalisation. Au moins c'est en 'one shot' je lui dis vous y allez et on voit ce que le spécialiste en gériatrie va nous proposer pour améliorer votre maintien au domicile. Il faut qu'il soit fort le médecin qui accueille.

Un aspect très positif, le patient s'il sait qu'il n'est pas hospitalisé et qu'on a un avis spécialisé en aller-retour ça peut aider à une première introduction à autre prise en charge dans un deuxième temps.

Il pourrait déclencher :

- de faire une évaluation à domicile
- de proposer à ce patient et son entourage l'intérêt d'une hospitalisation pour compléter le bilan qui ne serait pas suffisant sur le temps d'une consultation dédiée et puis voilà

Conclusion : synthèse de la discussion

- En guise de synthèse de cette discussion, que pensez-vous de ce projet ?

M9 :

Sincèrement là je n'en vois pas l'intérêt, et je me trompe peut être, et je serais content d'en trouver un intérêt parce que ce situations moi je milite pour un maintien à domicile le plus possible si le patient le souhaite

Moi je suis d'une génération de médecin où en fait on a appris à toujours faire tout seul avec les soignants qui gravitent autour de nous. Et on a tout le temps été habitué à gérer les patients depuis 30 ans en bricolant en se disant « bah là on va faire comme ça avec l'infirmiers, hop les voisins, le chien on va le faire garder etc » alors qu'en fait on a des ressources qu'on ne connaît pas Les jeunes qui arrivent, ça ils ont compris. Parce que c'est beaucoup moins envahissant, qu'on peut faire d'autres choses mais moi j'ai du mal à lâcher cette main... voilà

ANNEXES - PARTIE 3

DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ EN PRATIQUE AMBULATOIRE

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Email :

Nom du médecin prescripteur :

Tél :



Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le :

Rendez-vous programmé le :

Médecin traitant informé : OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contactez par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr

Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

ANNEXES - PARTIE 4
TABLEAU P.M.S.A

Problèmes de santé ²	Preuves diagnostiques ³ ?	Opt diag ? ⁴ Oui/ Non	Traitements / Alternatives non médicamenteuses ⁵	Opt tt ? ⁴ Oui/ Non/	Remarques ⁶

1. Dans le cas où la révision diagnostique et thérapeutique n'est pas menée par le médecin traitant, un contact avec lui est indispensable pour colliger l'ensemble des données cliniques/paracliniques et recueillir son avis quant aux optimisations diagnostiques et/ou thérapeutiques envisagées.

Si le patient est suivi par un spécialiste, l'appel est également souhaitable.
2. Indiquer les maladies/problèmes de santé le plus précisément possible notamment en indiquant l'(les) étiologie(s), les complications et le(s) facteur(s) déclenchant(s) en cas de décompensation d'une maladie chronique (ex : décompensation cardiaque globale sur une cardiopathie ischémique et hypertensive favorisée par une infection bronchopulmonaire). Débuter le remplissage de cette colonne par motif d'Hospitalisation ou de consultation puis regrouper les problèmes de santé par grand système.
Penser systématiquement: Dépression/ Dénutrition/ Rein (Clairance de la créatininémie (Cockroft) pour adaptation posologique) / Antécédents iatrogènes
3. Eléments cliniques et paracliniques ayant permis de poser le diagnostic
4. Indiquer si une optimisation est à envisager ou non : oui= optimisation à envisager ors du séjour non= pas d'optimisation envisagée (= non nécessaire ou non possible/ non souhaitable compte tenu de la situation du patient),
5. En regard du problème de santé pour lequel ils sont indiqués, colliger l'ensemble des traitements (qui sont donc regroupés par domaine pathologique) pris par le patient : médicaments habituels (prescrits et en automédication compris en « si besoin » et quel que soit la voie d'administration) et ceux introduits lors de l'hospitalisation le cas échéant. Indiquer également toutes les prises en charge non médicamenteuse (ex psychothérapie, kinésithérapie, régime alimentaire ..etc)
6. Dans cette colonne sont consignés par le médecin senior ou l'interne en charge du patient, au fil du séjour, tout élément qui facilite ou nuance l'optimisation diagnostique / thérapeutique

ANNEXES - PARTIE 5

DOCUMENT DE LIAISON D'URGENCE AU DOMICILE (DLU-dom)

Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom
 Il est rempli sous la responsabilité du médecin traitant et doit être réactualisé au
 moins une fois par an et dès que la situation de l'utilisateur se modifie

PARTIE I
 À REMPLIR EN
 DEHORS DE
 L'URGENCE (*)

Rempli le : ___/___/___ par (nom et profession) :

Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange et au partage des informations la concernant

Informations concernant la personne

Nom d'usage, prénom

Nom de naissance

Sexe

Adresse :

N° de SS :

Date de naissance : ___/___/___

Cadre de vie adapté : accessibilité oui non

Equipement (salle de bain...)

Environnement familial: Seule En couple Avec des proches

La personne a le statut d'aidant

Intervenant(s) régulier(s) au domicile *(au moins une intervention par semaine)** :

SSIAD, SAAD, SPASAD SAMSAH-SAVS HAD SESSAD

Nom :

Fonction :

Joignable entre:

☎ :

Email :

Autres Intervenant(s) au domicile

Infirmier libéral

Nom : ☎ Tel :

Auxiliaire de vie

Nom : ☎ Tel :

Aidants (famille, ami, voisin)

Nom : ☎ Tel :

Autres, préciser leurs coordonnées (par exemple coordonnateur de parcours, assistante sociale, kiné, prestataires oxygène, prothèses...)

Pharmacien habituel

Nom, prénom :

☎ :

Email :

Adresse :

Personne à prévenir ⁽¹⁾

Nom, prénom :

Lien de parenté :

☎ :

Adresse :

Personne de confiance ⁽²⁾

Nom, prénom :

Lien de parenté :

☎ :

Adresse :

Protection juridique

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Habilitation familiale Mandat de protection future Sauvegarde de justice

Nom de la personne exerçant la mesure:

Lien de parenté :

☎ :

Médecin traitant

Nom, prénom :

☎ :

Email :

Adresse :

Autres médecins spécialistes/Centre ou établissement de référence**, HAD, CMP

Nom, prénom, spécialité :

☎ :

Nom, prénom, spécialité :

☎ :

Nom, prénom, spécialité :

☎ :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

(1) Il s'agit de la personne référente, à prévenir dès le transfert en SU et à joindre en priorité en amont de la sortie du SU. La personne référente et la personne de confiance peuvent ou non être la même personne.

(2) Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

*Intervenant principal, le plus à même de compléter les informations nécessaires à la prise en charge en urgence

**Information à préciser pour les personnes souffrant de pathologies rares ou mal connues avec notamment des protocoles thérapeutiques ou spécifiques voire des médicaments utilisés qui ne sont pas indiqués (voire contre indiqués), par exemple les personnes épileptiques.

Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom

INFORMATIONS MÉDICALES/CLINIQUES

Pathologies en cours/ Antécédents personnels (médico-chirurgicaux, néonatalogiques, addictologiques)

-
-
-
-

Projet thérapeutique/soins palliatifs ⁽³⁾ :

Situation de handicap

- Mental Psychique Troubles du neuro développement Locomoteur Auditif Visuel
 Langage Communication Autres : Score ADL et/ou GIR

Préciser les points de vigilance ou adaptations recommandées.....

- présence d'un accompagnant recommandée
 Autre :

Allergies et antécédents iatrogènes :

Constantes vitales habituelles : Pouls : PA : SpO2 : Fréquence respiratoire :

- Directives anticipées : qui se trouvent dans DMP à domicile NSP Autre, préciser

Points de vigilance

- BMR ⁽³⁾ Chute Fugue Escarres Fausses routes Epilepsie
Vaccinations : Mois/année Agressivité Automutilation
-/..... Autres (cf. commentaires)
-/.....
-/.....
-/.....

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Poids : _____ à la date du : __/__/__

État neuro psychologique habituel

- Ralentissement psychomoteur Désorientation
 Agitation Opposition
 Aphasie Peut parler Peut alerter
 Autre : précisez :
.....

GIR :

Commentaires ou autres informations spécifiques sur la personne ou son environnement (mode de Communication, autonomie, continence, soins spécifiques, besoins en aide technique, nutrition, ventilation etc.)

.....
.....

Régime :

(*). Le document de liaison d'urgence est à remplir en dehors de tout contexte d'urgence par la personne et/ou son proche aidant, accompagnée le cas échéant du médecin traitant ou d'un professionnel soignant (pour la partie médicale). Si nécessaire, le service à domicile intervenant peut accompagner la personne au remplissage du document.

(3) En soins palliatifs : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

(4) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Liste de contrôle des documents annexes au DLU- Dom

Directives Anticipées (*facultatif*)

- Attestation de la carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Ordonnances en cours¹
- Supports de communication adaptés²
- Fiche Urgence Pallia
- Autres documents utiles lors d'une situation d'urgence

Documents à préparer avec le médecin
traitant ou un professionnel soignant

- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation
- Fiche BMR (bactérie multi résistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- ECG de référence
- Carnet de suivi du pace maker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a trailing line, positioned below the text 'Vu, le Directeur de Thèse'.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

CHAUVIN Quentin

157 pages - 1 tableau - 1 figure

Résumé :

Introduction : En 2050, un tiers de la population française aura plus de 60 ans, avec comme conséquence une augmentation de la poly-pathologie : on parle de transition épidémiologique. En parallèle, les politiques de santé publique s'engagent dans le virage ambulatoire donnant une place toujours plus importante au médecin traitant. Cependant, la diminution du nombre de médecins et l'évolution des pratiques de la médecine entraînent une baisse de leur disponibilité pour gérer ces patients complexes. Ainsi, les médecins traitants de la Rabelaisie trouveraient-ils un intérêt à la mise en place de consultations de médecine polyvalente, en complément de leur pratique, sur le Centre Hospitalier du Chinonais ?

Matériel et méthode : Nous avons mener une étude qualitative, en adoptant une approche par théorisation ancrée (*grounded theory*). Nous avons conduit neufs entretiens individuels, semi-dirigés, parmi un échantillon de médecins généralistes installés sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de la Rabelaisie.

Résultats : La mise en place de consultations de médecine polyvalente suscite plusieurs points d'intérêt pour les médecins généralistes interrogés dont notamment l'optimisation de la gestion des situations complexes. Cependant, plusieurs médecins nécessitent une clarification de ses champs d'application. Grâce à l'analyse des *verbatim* nous avons pu définir des profils de patients potentiellement éligibles à la consultation, des objectifs de prise en charge et les outils nécessaires pour les atteindre.

Discussion : L'évolution de la pratique de la médecine, la transition épidémiologique et la nécessité de réussir le virage ambulatoire, lui-même conditionné par l'amélioration du lien Ville-Hôpital, sont les enjeux principaux de la médecine générale de demain. La consultation de médecine polyvalente pourrait, par certains aspects, être un appui aux médecins traitants dans la prise en charge des patients complexes. Toutefois il paraît difficile pour le praticien hospitalier, seul, d'apporter une réponse globale lorsqu'elle est nécessaire. Alors, il pourrait coordonner une équipe de soins ambulatoires permettant de mieux appréhender les diverses problématiques souvent intriquées, au cours d'une évaluation pluridisciplinaire en hospitalisation de jour par exemple.

Mots-clés : Consultations Externes - Médecine Polyvalente - Médecine Polyvalente Hospitalière - Médecine Générale - Coordination Ville-Hôpital - Communication Ville-Hôpital - Virage Ambulatoire - Polypathologie - Comorbidité - Patient Polypathologique - Patient Complexe - Situation Complexe - Fragilité - Prise en charge globale

Jury :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Docteur Olivia GROSDÉMANGE

Membres du Jury :

Docteur Alexandra AUDEMARD-VERGER

Docteur Laurent BRECHAT

Docteur Antoine PORNIN

Date de soutenance : Vendredi 3 Novembre 2023