

Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007

vague d'enquête 2



La pratique médicale nécessite de multiples échanges entre professionnels pour organiser le parcours de soins du patient. Le généraliste est ainsi en relation régulière avec ses confrères spécialistes, le pharmacien ou le biologiste, les services hospitaliers, les auxiliaires médicaux, voire des services sociaux... sans que ces échanges soient formalisés ou repérés par les institutions. L'ensemble de ces échanges peuvent être qualifiés de "réseau informel".

Mais, face au formidable développement des services de soins et de santé depuis trente ans, en lien avec la multiplication des professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient, différentes réformes sont intervenues pour mieux formaliser ces échanges, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques.

Officiellement reconnu en 1996, les réseaux de santé ont été créés pour améliorer la coordination des professionnels et garantir la continuité des soins pour certaines de ces pathologies.

Plus récemment, la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a cherché à donner un rôle pivot au médecin généraliste, devenu "médecin traitant", en limitant l'accès direct au spécialiste, à l'instar d'une organisation qui prévaut dans de nombreux pays européens.

La deuxième vague d'enquête du panel des médecins généralistes, réalisée à l'automne 2007, a cherché à explorer les différents

1 Les réseaux de santé	2-7
2 Le réseau professionnel des médecins généralistes	8-10
3 Orientations vers les spécialistes et impact de la réforme du médecin traitant	11-13
4 La coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes	14-18
5 Influence de la zone d'exercice	19
Synthèse	20

réseaux "formels" et "informels" sur lesquels s'appuient les généralistes.

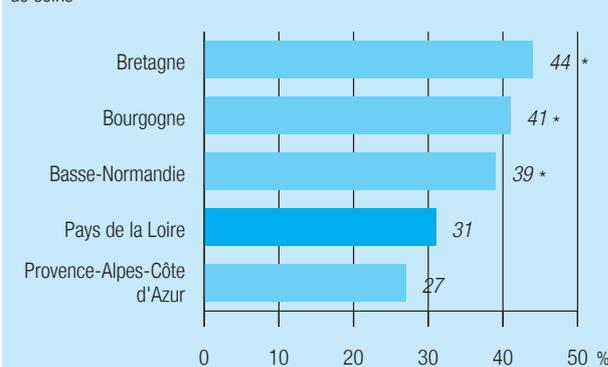
Elle mesure l'importance et la diversité des liens entre les généralistes et les autres professionnels qui interviennent auprès des patients. Quelques exemples particuliers ont été introduits pour évoquer de manière plus concrète ces questions : l'orientation vers les spécialistes, la prise en charge par la sectorisation psychiatrique, les services d'urgences hospitalières, et dans le domaine de la gériatrie.

Enfin, les médecins généralistes ont été interrogés sur la manière dont ils perçoivent les changements intervenus depuis que le dispositif du médecin traitant est en place, sur leur degré d'implication dans les réseaux de santé ainsi que sur l'intérêt qu'ils manifestent face à ces nouvelles formes de coopération.

Les réseaux de santé

Fig1. Adhésion à un réseau de santé dans les cinq régions participant au panel

Proportion de généralistes déclarant être adhérent à un réseau de santé, de soins



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre la fréquence observée dans les Pays de la Loire et celle observée dans la région étudiée est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Un généraliste sur trois déclare adhérer à un réseau de santé

Dans les Pays de la Loire, les généralistes semblent manifester un intérêt certain pour les réseaux de santé, puisque 31 % d'entre eux déclarent être adhérent d'un réseau de santé, de soins, le "taux d'adhésion" n'étant pas influencé par le niveau d'activité des praticiens¹. Parmi les cinq régions qui ont participé au panel, les régions Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont celles dans lesquelles le "taux d'adhésion" est le plus faible. Mais ces résultats doivent prendre en compte l'hétérogénéité de l'implantation des réseaux selon les régions (fig1).

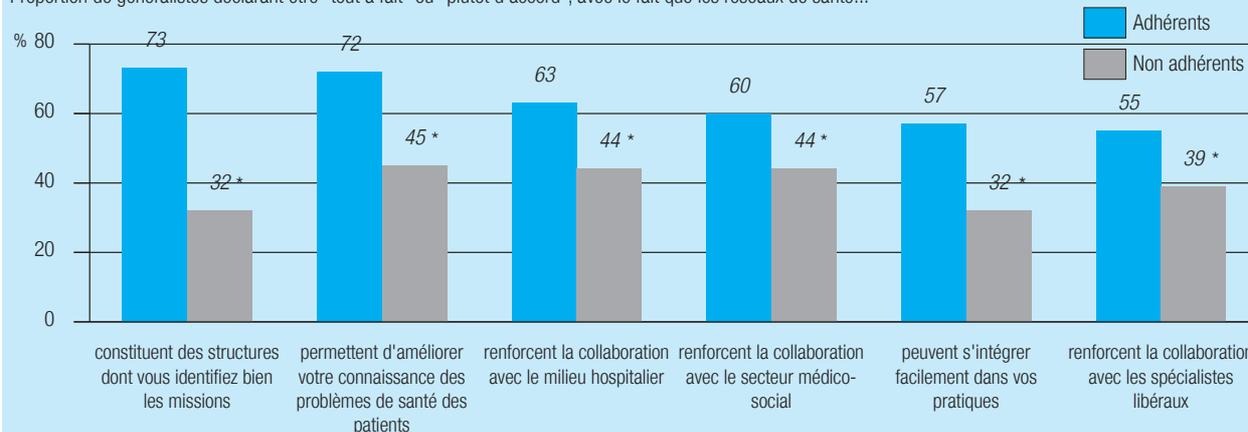
Les objectifs des réseaux de santé semblent connus des généralistes qui y adhèrent, puisque 73 % d'entre eux estiment bien identifier les missions de ces structures. Par ailleurs, pour 72 % d'entre eux, les réseaux permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients. Concernant la coordination des soins et la mise en oeuvre pratique des réseaux de santé, l'opinion des généralistes "adhérents" est un peu moins favorable, même si plus de la moitié d'entre eux considèrent que ces dispositifs renforcent la collaboration avec le milieu hospitalier (63 %), le secteur médico-social (60 %), les spécialistes libéraux (55 %), et peuvent s'intégrer facilement dans leur pratique (57 %).

Ces opinions sont moins partagées parmi les généralistes qui n'adhèrent à aucun réseau. Ils sont en particulier deux fois moins nombreux à déclarer bien identifier leurs missions et considérer qu'elles peuvent s'intégrer facilement dans leur pratique (fig2).

¹ Le questionnaire ne permet pas de connaître le ou (les) réseau(x) au(x)quel(s) ces médecins adhèrent.

Fig2. Opinion des généralistes sur les réseaux de santé selon qu'ils adhèrent ou non à l'un d'entre eux - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant être "tout à fait" ou "plutôt d'accord", avec le fait que les réseaux de santé...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre les fréquences des réponses des médecins adhérents et des médecins non adhérents est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Encadré 1 - Les réseaux dans les Pays de la Loire

Les réseaux de santé constituent une forme institutionnelle de coopération interdisciplinaire ou entre professionnels de santé libéraux, hospitaliers et travailleurs sociaux...

Leur reconnaissance officielle date des ordonnances d'avril 1996, mais c'est au début des années 2000 qu'ils ont commencé à se développer. Leur financement est assuré par un fonds spécifique (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Leur agrément est délivré conjointement par l'Urcam et l'ARH dans le cadre de la Mission régionale de santé.

Dans les Pays de la Loire, les premiers réseaux se développent en 2002 et 2003, pour les thématiques cancer,

basse vision, périnatalité, diabète, insuffisance cardiaque, douleur, soins palliatifs, dyslexie.

La couverture territoriale et les modes d'organisation de ces réseaux varient d'une structure à l'autre. Un certain nombre d'entre eux s'appuient sur l'adhésion des médecins généralistes : thématiques diabète, soins palliatifs, asthme, insuffisance cardiaque, lombalgies, dyslexie et gérontologie (voir carte ci-dessous).

D'autres relèvent plus de l'organisation des soins entre établissements de santé (cancer, périnatalité) et entre spécialistes.

Localisation des réseaux de santé auxquels les généralistes sont susceptibles d'adhérer dans les Pays de la Loire à la date de l'enquête (octobre 2007)⁽¹⁾



Source : Urcam Pays de la Loire

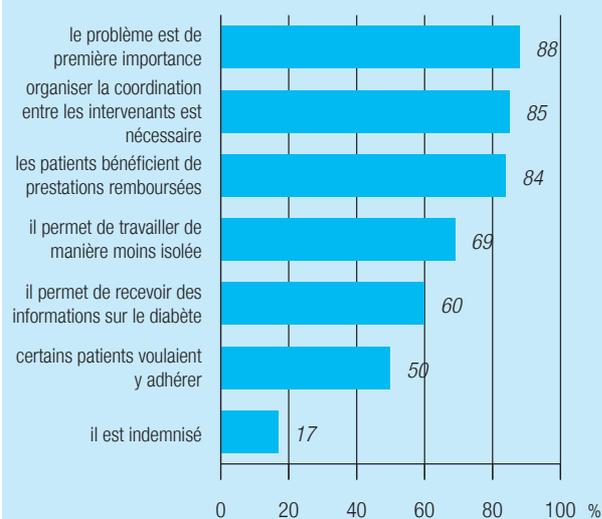
⁽¹⁾ Depuis cette date, l'implantation des réseaux de santé a été étendue à d'autres secteurs géographiques. En 2008, un réseau diabète a été implanté en Vendée, et un deuxième réseau gérontologique a vu le jour dans la région de Château-du-Loir.

⁽²⁾ Réseau infra-départemental.

NB : Le "Réseau sécurité naissance" et le réseau "Onco Pays de la Loire" ne sont pas représentés dans la mesure où ils relèvent de l'organisation des soins au sein même ou entre les établissements de santé et mobilisent plutôt les spécialistes.

Fig3. Raisons pour lesquelles les médecins généralistes adhèrent au réseau diabète - Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe³

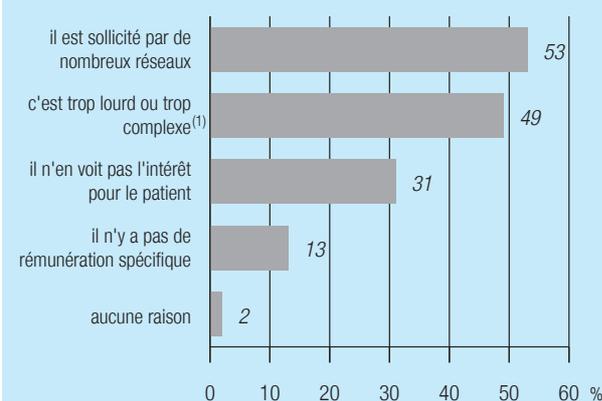
Proportion de généralistes, adhérent d'un réseau diabète, déclarant adhérer parce que...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Fig4. Raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'adhèrent pas au réseau diabète - Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe³

Proportion de généralistes, n'adhèrent pas à un réseau diabète, déclarant ne pas adhérer parce que...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Médecins ayant déclaré qu'ils trouvaient la "charte d'adhésion trop complexe à renseigner" ou "le dossier médical trop lourd à renseigner".

Réseaux diabète : un généraliste sur quatre y adhère

Le diabète occupe une place importante dans l'activité des médecins généralistes, avec en moyenne une trentaine de patients suivis par médecin². Les "réseaux diabète" ont été créés pour optimiser le parcours de soins du patient, en favorisant la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et l'accès à certains soins habituellement non pris en charge (consultations de diététicien, de pédicure-podologue). Ces dispositifs organisent également des actions de formation à l'intention des professionnels.

A la date de l'enquête (octobre 2007), les réseaux diabète étaient implantés en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe³. 80 % des généralistes de ces départements déclarent qu'il existe un réseau diabète dans leur zone d'exercice - l'information leur ayant été principalement délivrée par le réseau lui-même - et 26 % déclarent y adhérer. Le taux d'adhésion propre à chaque département est d'autant plus élevé que les réseaux s'appuyant sur l'adhésion des généralistes sont peu nombreux (encadré 2 page 6).

La très grande majorité (entre 80 et 90 %) des médecins qui adhèrent à un réseau diabète expliquent leur participation :

- par le fait qu'il s'agit d'un problème de santé de première importance,
- parce ce qu'il leur paraît nécessaire d'organiser la coordination entre les différents intervenants,
- pour permettre à leurs patients de bénéficier d'une prestation remboursée.

69 % des généralistes concernés citent également l'intérêt de travailler de manière moins isolée et 60 % celui de recevoir des informations sur le diabète (fig3).

A l'inverse, les principales raisons pour lesquelles les généralistes n'adhèrent pas à un réseau diabète sont le fait qu'ils sont sollicités par de nombreux réseaux différents (53 %), et qu'ils trouvent la charte d'adhésion trop complexe ou le dossier médical trop lourd à renseigner (49 %) (fig4).

² Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ?

O. Jusnik-Joinville, A. Weill, B. Salanave et al. *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 38, n° 1, janvier-mars 2007, pp. 1-12

³ Le réseau diabète de Vendée a vu le jour en juillet 2008.

Le réseau Onco Pays de la Loire est bien identifié par les généralistes

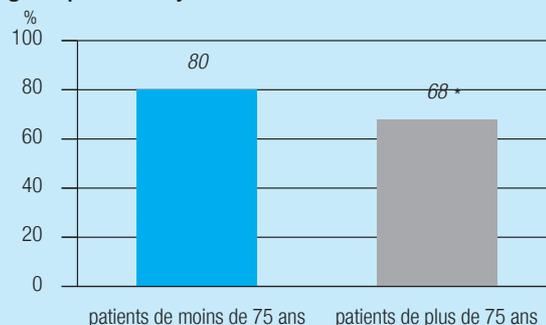
Alors que les réseaux diabète s'appuient principalement sur les médecins généralistes, les réseaux oncologie, créés dans toutes les régions dans le cadre du plan cancer, ont essentiellement pour but d'organiser la coopération entre les spécialistes et de diffuser les recommandations professionnelles (encadré 3 page 6). Néanmoins, les généralistes ont un rôle important à jouer en matière de dépistage, de diagnostic et de suivi des patients traités pour leur cancer. On dénombre chaque année 18 400 nouveaux cas de cancers dans la région (2005), soit environ six par médecin généraliste⁴.

Le réseau Onco Pays de la Loire qui couvre par l'intermédiaire de six réseaux territoriaux l'ensemble de la région semble bien repéré des généralistes. A la question "existe-t-il un réseau oncologie ou un réseau cancer dans votre zone d'exercice", 81 % répondent positivement.

75 % des généralistes déclarent que leur dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer a été confirmé et qu'il a revu au domicile ou au cabinet a été pris en charge par le réseau cancer⁵. Cette fréquence est un peu moins importante lorsque le patient est âgé de plus de 75 ans (68 % vs 80 % lorsqu'il est plus jeune) (fig5).

Une fois le protocole de soins arrêté, les généralistes sont alors informés des choix thérapeutiques. Ainsi, dans 89 % des cas, lorsque le patient est pris en charge par le réseau cancer⁵, les généralistes déclarent avoir eu connaissance du protocole de soins, et dans 79 % des cas ils estiment que ces informations leur ont été adressées dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge. La situation est moins favorable lorsque le patient n'a pas été pris en charge par ce dispositif (respectivement 66 % et 55 %) (fig6).

Fig5. Prise en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou un réseau cancer selon l'âge du patient - Pays de la Loire

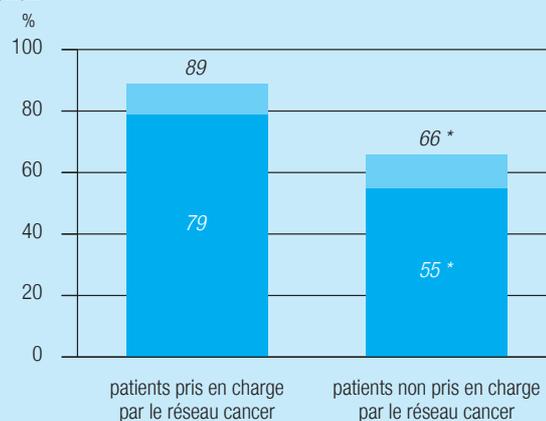


Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre les deux fréquences est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Fig6. Connaissance par les généralistes du protocole de soins selon que le patient ait été ou non pris en charge par le réseau cancer⁵ - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant avoir eu connaissance du protocole de soins...



■ dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge
 ■ dans des délais non satisfaisants

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre les deux fréquences est statistiquement significative ($p < 0,05$).

⁴ Estimations Francim 2005, cancers infiltrants, hors cancers de la peau non mélanique.

⁵ Généralistes ayant répondu positivement à la question "ce patient a-t-il été pris en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou un réseau cancer ?".

Encadré 2 - Les réseaux diabète dans les Pays de la Loire

Les réseaux diabète ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge globale de cette pathologie, le diabète de type 2 principalement.

Pour les praticiens, le réseau organise des actions de formation sur la prise en charge de cette pathologie. Quant au patient, il s'engage à participer à des séances d'éducation thérapeutique pour acquérir une certaine autonomie dans la gestion quotidienne de sa maladie, ainsi qu'à respecter les consignes de suivi médical (visites régulières, observance du traitement...). La personne diabétique peut bénéficier de prestations non prises en charge par l'assurance maladie (soins de podologie et consultations de diététicien)⁽¹⁾. La prise en charge médicale proprement dite (dépistage des complications, prescriptions médicales...) reste du rôle du médecin référent, en relation avec le spécialiste.

Les réseaux diabète se sont implantés d'abord en Maine-et-Loire en 2002 (Filière diabète expérimentale entre 2002 et 2005 transformée en réseau Diabète 49 en 2005), puis en Mayenne (Diabète santé 53, créé le 1^{er} janvier 2004),

en Sarthe (Diabète 72, créé le 1^{er} janvier 2004) et plus récemment en Loire-Atlantique (Resodiab 44, créé le 1^{er} mars 2006). En Vendée, le réseau a été implanté en 2008.

Nombre d'adhérents aux réseaux diabète fin 2007

dans les Pays de la Loire à la date de l'enquête (octobre 2007)⁽²⁾

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe
date de création	01/03/2006	2002 ⁽³⁾	01/01/2004	01/01/2004
nombre de patients (file active)	314	1 331	674	812
nombre de généralistes adhérents	173	285	94	58
taux d'adhésion généralistes	17 %	43 %	46 %	14 %

Sources : Réseaux diabète 44, 49, 53, 72 - Urcam des Pays de la Loire (septembre 2007)

⁽¹⁾ Certaines de ces prestations sont désormais prises en charge par l'assurance maladie.

⁽²⁾ Depuis cette date, l'implantation des réseaux diabète a été étendue au département de la Vendée (2008). Par ailleurs, le nombre de patients pris en charge et le nombre de généralistes adhérents a évolué, en particulier en Loire-Atlantique, où le réseau est de création récente.

⁽³⁾ Filière diabète expérimentale entre 2002 et 2005 transformée en réseau Diabète 49 en 2005.

Encadré 3 - Le réseau cancer dans les Pays de la Loire

Les réseaux régionaux de cancérologie sont définis par la circulaire DHOS/Cnamts/Inca/2007/357 du 25 septembre 2007 en lien avec le plan national de mobilisation contre le cancer (2003-2007).

Comme les autres réseaux de cancérologie, le réseau Onco Pays de la Loire a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs de la prise en charge des patients atteints de cancer : harmonisation et amélioration de la qualité des pratiques, promotion des outils de communication communs et développement de l'évaluation et de l'information des professionnels et des patients.

Le réseau Onco Pays de la Loire fédère six réseaux territoriaux qui couvrent la région (Oncologie Loire Estuaire et Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes en Loire-Atlantique, Association Réseau Cancérologie Anjou Maine en Maine-et-Loire, Onco Mayenne, Onco Sarthe et Onco Vendée), et organisent le lien entre les différents professionnels de santé des territoires qui interviennent dans la prise en charge du cancer.

Le réseau s'appuie également sur le centre de coordination en cancérologie (3C), organisation interne aux principaux établissements de soins cancérologiques.

Les réseaux de santé ne semblent pas toujours bien identifiés

30 % des généralistes ont déclaré être adhérent d'un réseau de santé, de soins. Il est toutefois possible que cette proportion soit sous-estimée. En effet, il semble que même si les médecins repèrent les différentes organisations existantes par les pathologies concernées, leurs activités et les services qu'elles apportent, ils n'identifient pas forcément leur dénomination précise, ni leur statut. En ce sens, le terme "réseau de santé" semble être relativement abstrait pour un certain nombre de praticiens. Ce constat témoigne aussi sans doute de la complexité de notre organisation sanitaire et sociale en perpétuelle évolution.

Ainsi, dans les départements pourvus⁶ d'un réseau diabète, certains médecins (environ le quart) qui déclarent y adhérer ont également affirmé *ne pas être adhérent d'un réseau de santé, de soins*. Les mêmes difficultés d'identification apparaissent pour le réseau oncologie. Ainsi, la plupart des généralistes qui considèrent qu'il n'existe pas de réseau cancer dans leur zone d'exercice⁷ déclarent cependant que leur dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer a été

confirmé⁸ a été pris en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou un réseau cancer (69 %). A l'inverse, en l'absence de réseau gérontologique officiellement créé⁹, la plupart des généralistes (66 %¹⁰) déclarent leur existence dans leur zone d'exercice, et certains (12 %¹¹) y avoir adressé des personnes âgées dépendantes au cours des quinze jours précédant l'enquête¹².

⁶ Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

⁷ Médecins qui ont déclaré "qu'il n'existait pas de réseau cancer dans leur zone d'exercice" ou "ne pas savoir s'il en existait un".

⁸ Dernier patient pour lequel un diagnostic de cancer a été confirmé et que le médecin a revu à son domicile ou au cabinet.

⁹ Calculs effectués pour les médecins des départements de Loire-Atlantique, Mayenne, Sarthe et Vendée où aucun réseau gérontologique n'est implanté. A la date de l'enquête, un seul était implanté dans les Pays de la Loire, dans le secteur de Doué-la-Fontaine, au sud de Saumur (encadré 1 page 3).

¹⁰ Fréquence des deux réponses "oui" ou "non" à la question "au cours des quinze derniers jours, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à un réseau gérontologique ?" parmi les quatre modalités proposées ("oui", "non", "il n'y en a pas dans ma zone d'exercice" et "ne sait pas ce que c'est").

¹¹ Fréquence de la réponse "oui" à la question explicitée dans la note 10 calculée parmi les généralistes qui ont répondu "oui" ou "non" à cette même question.

¹² Il est possible que certains généralistes aient confondu les réseaux gérontologiques avec les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) (encadré 6 page 14). Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que le questionnaire mentionne le terme "réseau gérontologique" avant celui des Clic.

Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Ce dispositif de recueil de données a été mis en oeuvre en 2007 pour une durée de trois années dans cinq régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, et Provence-Alpes-Côte d'Azur), à l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, des Unions régionales de médecins libéraux (URML) et de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Le panel a pour objectif d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel, les rythmes de travail des médecins généralistes, leur pratiques de prise en charge, leur opinion vis-à-vis d'un certain nombre de dispositifs, et d'en identifier les principaux déterminants. Les enquêtes se déroulent chaque semestre par téléphone⁽¹⁾.

Dans le but d'enrichir les analyses, les données extraites des relevés individuels d'activité et de prescriptions (Riap) de l'assurance maladie complètent les données d'enquête.

Construction et structure de l'échantillon

La base de sondage est extraite du répertoire Adeli de la Drees. Les médecins qui ont un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, SOS médecins...) ont été exclus ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de trois mois. L'échantillon a été préalablement stratifié selon le sexe, l'âge (moins de 45 ans, 45 à 52 ans, 53

ans et plus) et le type de la commune d'exercice (commune urbaine, multipolarisée, rurale⁽²⁾). Le panel se compose de 1 900 médecins généralistes libéraux au total dont 450 dans la région des Pays de la Loire.

La deuxième vague d'enquête

La deuxième vague du panel s'est déroulée en octobre-novembre 2007, les médecins étaient interrogés successivement sur l'étendue de leur réseau professionnel, les relations avec les confrères spécialistes, le dispositif du médecin traitant, la coordination des soins auprès des personnes âgées dépendantes à domicile, les relations avec le secteur psychiatrique, leur implication au sein des réseaux de santé, les recours aux services d'urgences. Quelques questions spécifiquement régionales concluaient l'entretien. L'enquête a duré 15 à 20 minutes environ.

Le questionnaire est disponible sur demande à l'ORS ou l'URML (coordonnées page 20) ou en téléchargement sur le site www.santepaysdelaloire.com.

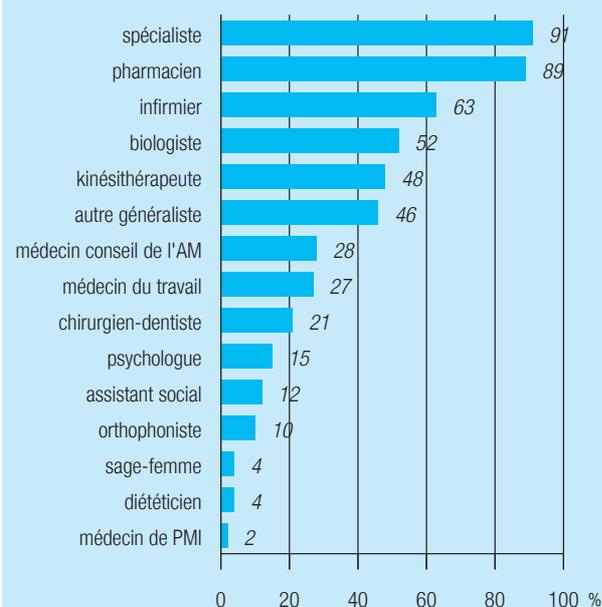
⁽¹⁾ Les enquêtes sont réalisées par la plate-forme téléphonique de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, à l'aide du système Cati (Computer assisted telephone interview).

⁽²⁾ Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'Insee, qui découpe le territoire en quatre types d'espace : les pôles urbains, les couronnes périurbaines, les communes multipolarisées - l'ensemble formant l'espace à dominante urbaine - et enfin le rural constitué des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace urbain.

Le réseau professionnel des médecins généralistes

Fig7. Echanges avec les confrères ou d'autres professionnels Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant avoir eu, au cours des 15 derniers jours, des échanges par tél. ou par mail à propos de leurs patients avec un(e)...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Les spécialistes et les pharmaciens sont les professionnels avec lesquels les échanges sont les plus fréquents

Parmi l'ensemble des professionnels que les généralistes sont amenés à mobiliser pour la prise en charge de leurs patients, les spécialistes et les pharmaciens sont ceux avec lesquels ils sont le plus fréquemment en contact. Dans les Pays de la Loire, neuf médecins sur dix déclarent avoir eu, au cours des quinze derniers jours, des échanges par téléphone ou par mail avec ces professionnels à propos de leurs patients (fig7). En ce qui concerne les pharmaciens, la fréquence des contacts est en lien avec la forte proportion de consultations ayant fait l'objet de prescriptions médicamenteuses¹³.

Même si les prescriptions de biologie ou d'actes paramédicaux sont moins fréquentes que celles de médicaments¹³, les généralistes ont régulièrement des contacts avec les infirmiers (63 %), les biologistes (52 %) et les masseurs-kinésithérapeutes (48 %).

Les généralistes échangent relativement fréquemment avec d'autres généralistes à propos de leurs patients (46 %). La connaissance des motifs de ces contacts nécessiterait une enquête spécifique.

Enfin, les généralistes sont amenés, même si ces situations se produisent moins fréquemment, à avoir des contacts avec leurs confrères médecins conseils de l'assurance maladie (28 %) et avec les médecins du travail (27 %), notamment à propos des patients en situation "d'affection de longue durée"¹⁴, "d'invalidité" ou "d'incapacité professionnelle".

Pour les autres professionnels susceptibles de prendre en charge sur le plan médical ou social certains patients, les contacts à propos de ces derniers sont moins fréquents. 21 % des généralistes déclarent avoir eu des échanges à propos d'un patient avec un chirurgien-dentiste, 15 % avec un psychologue¹⁵, 12 % avec un assistant social et 10 % avec un orthophoniste. Les échanges avec les sages-femmes, les diététiciens, et les médecins de PMI sont nettement plus rares.

L'ensemble de ces résultats ne sont pas influencés par des considérations d'âge, de sexe, de volume d'activité, ou de zone d'exercice (excepté pour les échanges avec les infirmiers, voir page 19).

¹³ 80 % des consultations font l'objet d'une prescription de médicaments, 14 % d'une prescription de biologie et 5 % d'actes paramédicaux. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. G. Labarthe. *Études et Résultats*, Drees, n° 315, juin 2004, 12 p.

¹⁴ On dénombre en moyenne, selon la CNAMTS, dix-sept nouvelles admissions par généraliste en 2004.

¹⁵ Les consultations de psychologues installées en secteur libéral ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. L'activité libérale n'est pas le seul mode d'exercice, certains psychologues intervenant comme salariés dans des centres de soins.

Comparativement aux autres régions ayant participé au panel, il n'existe pas de véritable spécificité pour les généralistes des Pays de la Loire en ce qui concerne la fréquence des échanges à propos de leurs patients avec les autres professionnels. Une exception toutefois pour les échanges avec les assistants sociaux, moins fréquents dans la région (12 % vs 19 % en Paca¹⁶).

La qualité des retours d'information est variable selon le type de recours

Médecins spécialistes

Lorsque le généraliste adresse un patient à un spécialiste, pour un avis spécialisé ou la réalisation d'actes techniques, il lui transmet un certain nombre d'informations. Dans 93 % des cas, la dernière fois que les généralistes ont été dans cette situation, ils ont remis un courrier au patient à l'intention de leur confrère. Dans 34 % des cas, ils l'ont contacté par téléphone ou par mail¹⁷. Ce contact avait pour objectif pour 25 % des généralistes d'accélérer le rendez-vous et pour 18 % de discuter de la prise en charge du patient (fig8).

En ce qui concerne le retour d'information, la majorité (92 %) des généralistes estiment que le dernier compte-rendu de consultation spécialisée reçu à leur cabinet est arrivé dans des délais satisfaisants pour assurer la suite de la prise en charge de leur patient. Cette situation est plus fréquente lorsque le spécialiste exerce en libéral (97 % vs 81 % pour les médecins exerçant à l'hôpital¹⁸).

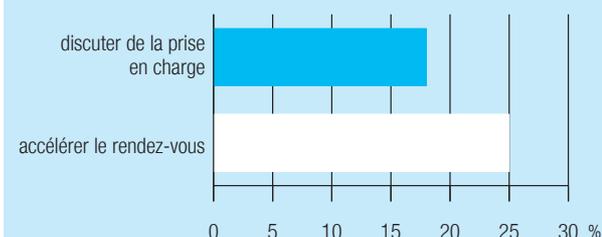
Sectorisation psychiatrique publique

95 % des généralistes déclarent avoir parmi leur clientèle des patients suivis par le secteur psychiatrique qui couvre leur zone d'exercice¹⁹ (encadré 4). Cependant, 78 % d'entre eux estiment ne pas être régulièrement informés de leur situation²⁰.

Cette insatisfaction des généralistes à propos de la sectorisation psychiatrique publique ne concerne pas seulement le suivi des patients. Ainsi, 63 % des généralistes estiment ne pas être suffisamment informés sur les missions et les activités du secteur psychiatrique et 54 % disent ne pas pouvoir le contacter facilement en cas de besoin.

Fig8. Motifs de prise de contact des généralistes avec leurs confrères spécialistes lorsqu'ils leur adressent des patients Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant, la dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, avoir contacté ce dernier par tél. ou par mail pour...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Encadré 4 - Sectorisation psychiatrique publique

Depuis 50 ans, la psychiatrie publique est organisée en secteurs, territoires géographiques au sein desquels des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients en ambulatoire - consultations dans les centres médico-psychologiques (CMP) - en hôpital de jour ou de nuit, en centre d'accueil thérapeutique, en hospitalisation plein temps... Les patients peuvent également faire l'objet d'un suivi dans une unité de soins de court séjour, aux urgences, ou à domicile par les professionnels de santé (infirmiers spécialisés) du secteur. La région des Pays de la Loire est couverte par 41 secteurs de psychiatrie générale et 17 secteurs de psychiatrie infantile-juvénile (données de 2003 - Rapports de secteurs, Drees).

¹⁶ La différence entre la fréquence observée dans les Pays de la Loire et celle observée en Paca est statistiquement significative ($p < 0,05$). Pour les autres régions, les différences sont moins marquées et statistiquement non significatives (Bretagne : 16 %, Basse-Normandie : 14 %, Bourgogne : 15 %).

¹⁷ Le fait d'avoir pris contact par téléphone ou par mail n'est pas lié au nombre annuel d'actes effectués par les généralistes (Source : Fichier Riap - Urcam).

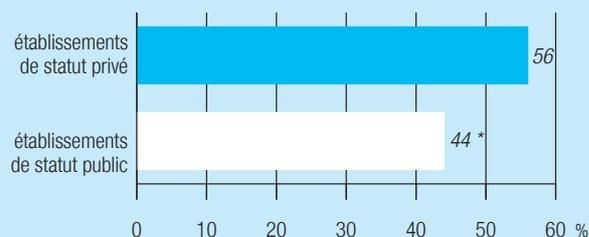
¹⁸ Différence statistiquement significative entre les deux fréquences ($p < 0,05$).

¹⁹ Moins de 1 % des généralistes ont déclaré ne pas savoir ce qu'est un secteur psychiatrique.

²⁰ Proportion calculée parmi les médecins ayant des patients suivis par le secteur psychiatrique.

Fig9. Echanges avec les services d'urgences selon le statut de l'établissement - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant que l'établissement les a informé du devenir de leur dernier patient adressé à un service d'urgences, il y a de cela plus de quarante-huit heures



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre les deux fréquences est statistiquement significative ($p < 0,05$).

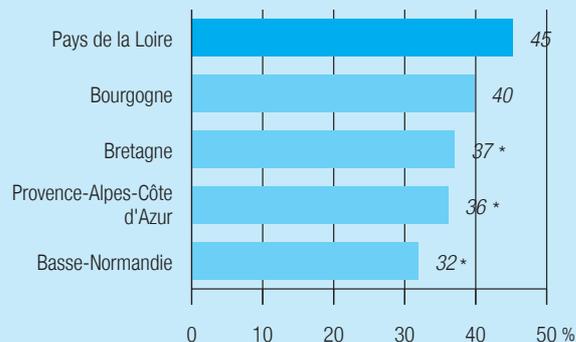
Services d'urgences hospitalières

Les généralistes sont régulièrement amenés à adresser des patients aux urgences hospitalières. Concernant le dernier patient adressé, 93 % des généralistes déclarent *lui avoir remis un courrier*, et 42 % *ont pris un contact préalable avec le praticien des urgences ou un spécialiste de l'établissement*.

Le retour d'information ne semble pas systématique. Ainsi, 45 % des médecins déclarent que *l'établissement les a informé du devenir de leur dernier patient adressé à un service d'urgence*²¹. Cette proportion est légèrement plus élevée lorsque le généraliste a pris un contact préalable avec le praticien des urgences ou un spécialiste de l'établissement (50 % vs 42 %²²), et lorsque l'établissement est de statut privé (56 % vs 44 %) (fig9). Il faut toutefois préciser que les généralistes peuvent obtenir ces renseignements par d'autres canaux, *par le patient ou sa famille*, ou en faisant lui-même la démarche. Au total, les généralistes ont des nouvelles du patient dans 69 % des cas.

Fig10. Echanges avec les services d'urgences dans les cinq régions participant au panel

Proportion de généralistes déclarant que l'établissement les a informé du devenir de leur dernier patient adressé à un service d'urgences, il y a de cela plus de quarante-huit heures



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre la fréquence observée dans les Pays de la Loire et celle observée dans la région étudiée est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Peu de spécificité régionale, excepté pour les urgences

En ce qui concerne le type, le contenu des échanges entre les généralistes et les autres professionnels et la satisfaction vis-à-vis de ces derniers, les Pays de la Loire occupent une position relativement moyenne comparativement aux autres régions ayant participé au panel, excepté pour les relations avec les services d'urgences. C'est en effet dans les Pays de la Loire que la proportion de généralistes qui déclarent que *l'établissement les a informé du devenir de leur dernier patient adressé à un service d'urgence*²¹ est la plus élevée (fig10).

²¹ Il y a de cela plus de quarante-huit heures.

²² La différence observée dans les Pays de la Loire n'est pas statistiquement significative ($p < 0,05$) mais elle est intéressante à mentionner car elle se retrouve de façon significative dans l'ensemble des cinq régions qui participent au panel (Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne).

Orientations vers les spécialistes et impact de la réforme du médecin traitant

Les orientations vers les spécialistes se font principalement vers les libéraux

Les spécialistes sont les professionnels de santé avec lesquels les généralistes sont le plus fréquemment en contact. Dans 80 % des cas, la dernière fois que le généraliste a adressé un patient vers l'un de ses confrères, le spécialiste consulté était de statut libéral²³. Les spécialités les plus concernées sont la cardiologie (21 %), puis la gastro-entérologie (16 %) et la rhumatologie (11 %) (fig11).

Le généraliste joue un rôle déterminant dans le choix des spécialistes

Les généralistes jouent un rôle majeur dans le choix des spécialistes vers lesquels ils orientent leurs patients. Ainsi, la dernière fois où ils ont été dans cette situation, 82 % des praticiens déclarent *avoir conseillé des noms de spécialistes au patient*. Par ailleurs, lorsqu'ils avaient le choix entre plusieurs noms de confrères de même spécialité, une fois sur deux (54 %) ils n'en ont conseillé qu'un seul.

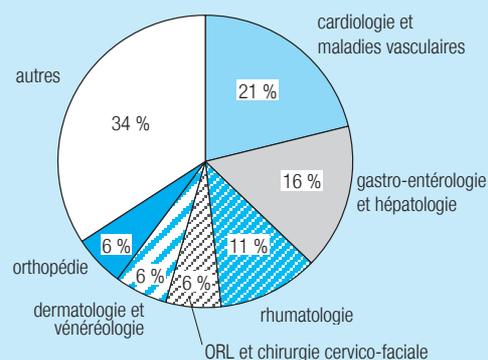
Le choix des praticiens tient d'abord aux relations que les généralistes entretiennent avec les spécialistes, et en particulier à la qualité du retour d'information. La dernière fois où ils ont adressé un patient à un spécialiste, 86 % des généralistes disent que *l'habitude de travailler avec ce confrère et la certitude que ce dernier le tiendra informé de la suite du traitement* ont été pris en compte pour choisir le spécialiste.

D'autres critères apparaissent importants : la *"réputation"* (70 %) et la *proximité géographique pour le patient* (66 %). Le *délai d'attente* est cité une fois sur deux.

Le *mode d'exercice du praticien (libéral ou hospitalier)* et la *situation sociale du patient* sont nettement moins souvent pris en compte (respectivement 26 %, 15 %) (fig12).

Fig11. Spécialités⁽¹⁾ des médecins vers lesquels les généralistes adressent le plus souvent leurs patients - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant que le dernier confrère vers lequel ils ont adressé un patient était spécialisé en...

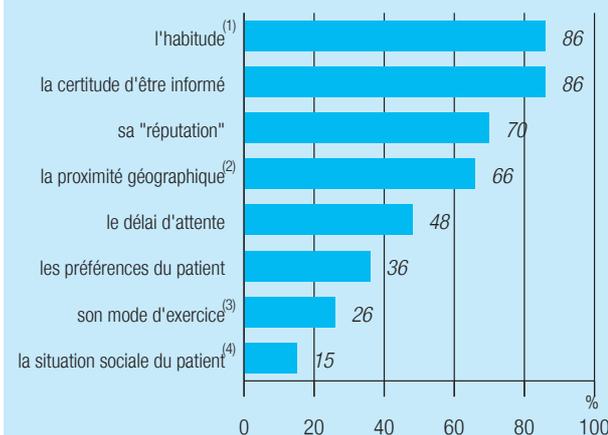


Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Hors radiologue et biologiste.

Fig12. Critères pris en compte pour le choix du spécialiste Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant que, la dernière fois qu'ils ont adressé un patient vers un confrère, avoir pris en compte pour choisir le spécialiste...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) De travailler avec ce confrère.

(2) Pour le patient.

(3) Libéral ou hospitalier.

(4) (Complémentaire santé, montant des honoraires).

²³ Ce résultat est cohérent avec les données nationales de la Drees et de la Cnamts : 41 millions de consultations externes ont été effectuées par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, et 160 millions de consultations de spécialistes libéraux ont été remboursées par l'assurance maladie. (Sources : SAE-Drees, SNIR-Cnamts)

Des opinions partagées sur les effets de la réforme du médecin traitant

Concernant la mise en place du dispositif du médecin traitant (encadré 5), la majorité des généralistes (78 %) disent *disposer de suffisamment d'informations sur cette réforme*. Mais leur opinion est plus mitigée en ce qui concerne le niveau d'information des patients eux-mêmes : seulement la moitié des médecins considèrent que *leurs patients sont bien informés sur le rôle du médecin traitant*, et 34 % des praticiens ont le sentiment que *leurs patients leur posent fréquemment des questions sur la réforme*.

De manière générale, les médecins apparaissent relativement partagés sur les effets du dispositif du médecin traitant. Depuis sa mise en place, moins de la moitié d'entre eux disent :

- voir des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste (40 %),
- que le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini (36 %),
- qu'il leur est plus facile de connaître le parcours de soins des patients (30 %),
- que les retours de comptes-rendus de spécialistes se sont améliorés (28 %).

Ce sont souvent les mêmes médecins qui considèrent que la réforme a eu un impact positif dans les différents domaines évoqués²⁴.

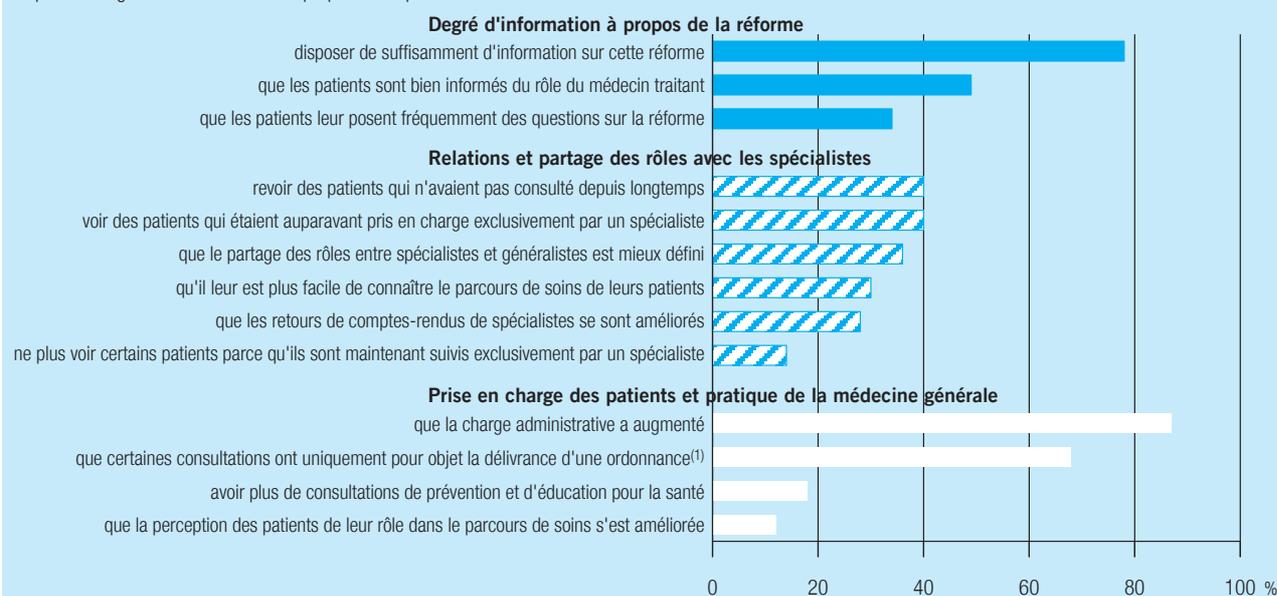
Les généralistes qui ne partagent pas ces opinions sont ceux qui estimaient la situation antérieure satisfaisante, ou ceux qui ont observé une dégradation de la situation.

En ce qui concerne les conditions d'exercice, 87 % des praticiens estiment que la réforme a entraîné *une augmentation de leur charge administrative*, et 68 % partagent l'idée que *certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste permettant au patient d'être mieux remboursé*. Par ailleurs, 18 % estiment avoir *plus de consultations de prévention et d'éducation à la santé* et 12 % que *la perception qu'ont leurs patients de leur rôle dans le parcours de soins s'est améliorée* (fig13).

²⁴ Les généralistes qui estiment que depuis la mise en place de la réforme du médecin traitant, "le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini" sont plus nombreux à déclarer qu'"il est devenu plus facile de connaître le parcours de soins de leurs patients" (47 % vs 21 % pour les autres), que "les retours des comptes-rendus de spécialistes se sont améliorés" (45 % vs 18 %) et "voir des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste" (49 % vs 35 %). Ces différences sont statistiquement significatives (p < 0,05).

Fig13. Opinions des généralistes sur le dispositif du médecin traitant - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant à propos du dispositif du médecin traitant...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ D'accès au spécialiste permettant au patient d'être mieux remboursé.

On relève peu de spécificité régionale en ce qui concerne la perception des généralistes sur l'impact de la réforme du médecin traitant. Les généralistes qui estiment *ne plus voir certains patients parce qu'ils sont maintenant suivis exclusivement par un spécialiste* sont toutefois moins nombreux dans les Pays de la Loire que dans les quatre autres régions participant au panel (14 % vs 18 % à 24 %). Même si elle est moins marquée, une différence est également observée pour la proportion des médecins déclarant que *la perception qu'ont leurs patients de leur rôle dans le parcours de soins s'est améliorée* (12 % vs 14 à 17 %) (fig14).

Fig14. Opinion des généralistes sur le dispositif du médecin traitant dans les cinq régions participant au panel

Proportion de généralistes déclarant à propos du dispositif du médecin traitant...

	Pays de la Loire	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Paca
la perception qu'ont les patients du rôle du médecin traitant dans le parcours de soins s'est améliorée	12 %	15 %	15 %	14 %	17 % *
ne plus voir certains patients parce qu'ils sont maintenant suivis exclusivement par un spécialiste	14 %	24 % *	19 % *	18 %	21 % *
<i>effectif</i>	448	194	278	402	594

Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Indique que la différence entre les fréquences observées dans les Pays de la Loire et la région étudiée est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Encadré 5 - Le dispositif du médecin traitant

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a instauré le dispositif du médecin traitant. Les assurés sociaux de plus de 16 ans ont été invités à choisir et à déclarer à leur caisse d'assurance maladie leur "médecin traitant", généraliste ou spécialiste, chargé d'organiser leur parcours de soins coordonnés. Depuis 2007, cette fonction est facilitée par la possibilité pour tout médecin de consulter sur le web l'historique des remboursements de ses patients, permettant d'identifier les différentes étapes du parcours de soins.

A la dernière enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes (2006), 78 % des assurés sociaux ont déclaré avoir choisi un médecin traitant. Ce dernier se trouve être naturellement le médecin habituel ou le médecin de famille, lorsqu'ils en avaient un.

En confiant au médecin traitant un rôle de pilotage du parcours de soins, la réforme de 2004 a également modifié les conditions d'accès direct au spécialiste. Désormais, lorsqu'un assuré âgé de plus de 16 ans consulte directement un spécialiste sans être adressé par un médecin généraliste, le taux de remboursement par l'assurance maladie est plus faible et le spécialiste peut pratiquer un dépassement d'honoraires. Outre les pédiatres qui ne sont pas concernés, trois spécialités conservent un accès direct, sous conditions : l'ophtalmologie et la gynécologie pour une liste précise de motifs de consultations, et la psychiatrie pour les 16-25 ans.

La coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes

72 % des médecins généralistes considèrent que la coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes relève de leur rôle

Avec l'âge, la fréquence des pathologies et des incapacités augmente et, avec elles, les recours aux soins et les demandes d'aide. Les personnes âgées de 70 ans et plus représentent ainsi 13 % de la patientèle des généralistes des Pays de la Loire (2006), et ce poids est encore plus important en terme de volume d'activité²⁵.

72 % des généralistes estiment que *la coordination des différents intervenants auprès des personnes âgées dépendantes relève de leur rôle*. Près d'un médecin sur quatre (24 %) déclare *avoir participé à une réunion de coordination concernant une personne âgée dépendante au cours des trois derniers mois*. Les généralistes sont notamment impliqués dans la mise en oeuvre de l'Apa (allocation financée et mise en oeuvre par les Conseils généraux qui vise à répondre aux besoins d'aide des personnes âgées "dépendantes"). 70 % d'entre eux déclarent en effet *effectuer des évaluations de la dépendance pour leur patientèle dans le cadre de ce dispositif*. 30 % seulement des praticiens déclarent *avoir des contacts avec l'équipe médico-sociale du Conseil général* (qui met en oeuvre l'allocation) *à l'occasion de ces évaluations que celles-ci soient effectuées par eux-mêmes ou par un autre intervenant*.

²⁵ En France métropolitaine, les personnes âgées de 70 ans et plus représentent 13 % de la patientèle des généralistes et 28 % du volume de leur activité (2006).

Encadré 6 - Les Clic

Dans un an, les Clic fêteront leur dixième anniversaire. Leur reconnaissance officielle date en effet de mars 2000, l'objectif étant à l'époque de couvrir le territoire national à l'horizon de cinq ans. Initialement, leurs missions étaient relativement larges, dans une logique d'intervention de proximité visant à favoriser l'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile.

Une nouvelle circulaire publiée en mai 2001 a défini de manière plus précise leur cahier des charges. Trois niveaux de labellisation sont alors institués. Le niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Le niveau 2 prolonge le niveau 1, à travers les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé. Enfin, le niveau 3 rajoute, en complément, la mise en oeuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé. Le développement des Clic s'effectue assez rapidement, de nombreuses instances de coordination gérontologique préexistantes étant naturellement transformées en Clic pour répondre au nouveau cahier des charges et obtenir les financements correspondants.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales amorce un virage et confie aux Conseils généraux le pilotage des politiques gérontologiques. La tutelle des Clic passe alors sous leur responsabilité, et le développement des Clic se poursuit.

Dans les Pays de la Loire, le territoire régional devrait être entièrement couvert d'ici la fin de l'année 2009.

Les réseaux gérontologiques, dont les missions sont proches, mais qui ne dépendent pas des mêmes financements et instances de décision (Fiqcs, Urcam et ARH), ont connu un développement parallèle, mais de moindre importance (encadré 1 page 3).

Le réseau des Clic relativement bien identifié par les médecins généralistes

Les généralistes ne sont pas les seuls professionnels à intervenir auprès des personnes âgées dépendantes, et les professionnels concernés peuvent être nombreux, aussi bien dans le champ de la santé que dans celui du social. Face à la problématique de la coordination gérontologique, différentes réponses institutionnelles ont été apportées au cours des années. Aujourd'hui, deux formes d'organisation coexistent sur le terrain, les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) d'une part (encadré 6), et les réseaux gérontologiques d'autre part.

A la date de l'enquête, la majorité des communes des Pays de la Loire bénéficient des services d'un Clic. En revanche, les réseaux gérontologiques sont peu implantés dans la région, avec une seule structure en fonctionnement à l'automne 2007 (encadré 1 page 3).

La grande majorité des généralistes identifient les Clic, puisque, à la question "au cours des quinze derniers jours, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à un Clic ?", seulement 15 % répondent "ne pas savoir ce que c'est" (fig15). Parmi les médecins qui connaissent l'existence d'un Clic sur leur zone d'exercice, 28 % déclarent avoir eu l'occasion

d'y adresser des personnes âgées dépendantes au cours des quinze jours précédant l'enquête²⁶, et, dans ce cas, la majorité d'entre eux (85 %) estiment cette collaboration satisfaisante²⁷.

En comparaison avec les autres régions qui participent au panel, les généralistes des Pays de la Loire se distinguent par le fait d'avoir plus fréquemment adressé des personnes âgées dépendantes à un Clic, au cours des quinze jours précédant l'enquête (28 % vs 14 à 24 % dans les autres régions)²⁸. Ces différences de comportement peuvent tenir à la couverture territoriale des Clic, variable selon les régions.

²⁶ Fréquence de la réponse "oui" à la question "au cours des quinze derniers jours, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à un Clic * ?" calculée parmi les généralistes qui ont répondu "oui" ou "non" à cette question pour laquelle quatre modalités de réponse étaient proposées ("oui", "non", "il n'y en a pas dans ma zone d'exercice" et "ne sait pas ce que c'est").

* respectivement un infirmier libéral, un centre de soins infirmiers, un service de soins infirmiers à domicile, un service d'aide à domicile, un service d'hospitalisation à domicile, un assistant social

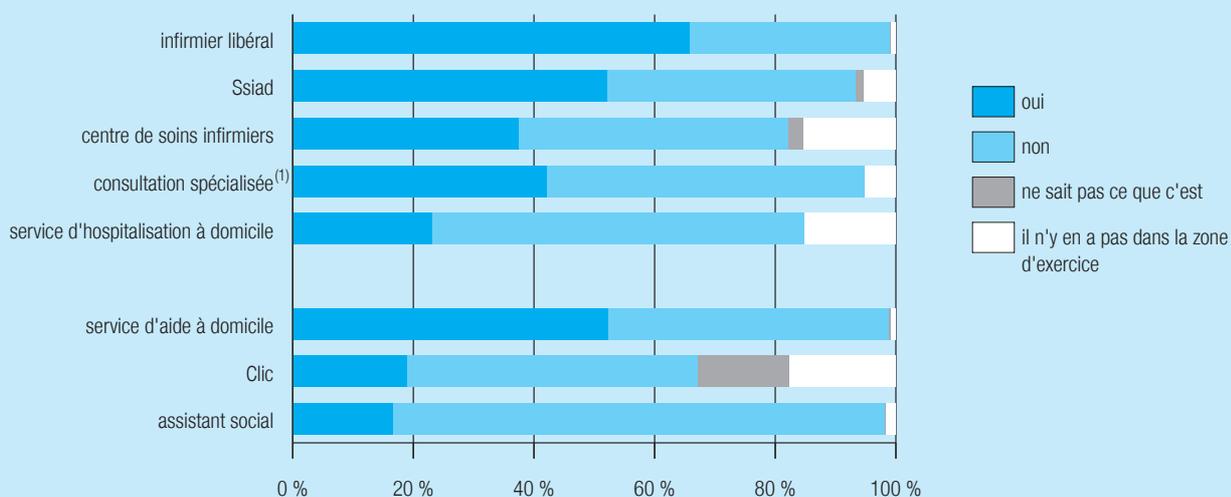
²⁷ Proportion calculée parmi les généralistes qui ont adressé des personnes âgées dépendantes à un Clic * au cours des quinze derniers jours.

* respectivement un infirmier libéral, un centre de soins infirmiers, un service de soins infirmiers à domicile, un service d'aide à domicile, un service d'hospitalisation à domicile, un assistant social

²⁸ La différence entre la fréquence observée dans les Pays de la Loire et celles observées en Paca (14 %) et en Bretagne (19 %) sont statistiquement significatives (p < 0,05). Pour les autres régions, les différences sont moins marquées et statistiquement non significatives (Basse-Normandie : 24 %, Bourgogne : 23 %).

Fig15. Orientation des personnes âgées dépendantes vers les professionnels du secteur sanitaire et social - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant avoir adressé (ou non) une personne âgée dépendante, au cours des 15 derniers jours, vers un(e)...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Consultation mémoire ou consultation gériatrique.

Les soins infirmiers et les services d'aide à domicile fortement mobilisés par les généralistes

Les principales ressources sur lesquelles s'appuient les généralistes pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont les soins infirmiers et les services d'aide à domicile. En matière de soins infirmiers et d'hygiène corporelle, trois formes d'organisation coexistent avec les infirmiers libéraux, les infirmiers salariés des centres de soins, et enfin les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). L'implantation de ces différentes activités est variable selon les territoires (encadré 7).

Au cours des quinze jours précédant l'enquête, 66 % des généralistes ont adressé des personnes âgées dépendantes à des infirmiers libéraux, 56 % à des Ssiad²⁹. L'orientation vers les centres de soins infirmiers est moins fréquente, mais ces structures sont moins implantées sur le territoire régional.

La majorité des généralistes (plus de 90 %) qui ont

adressé un patient à un infirmier libéral ou un Ssiad sont satisfaits de leur collaboration avec ces professionnels³⁰.

Les recours aux services d'aides à domicile (encadré 8) sont également assez fréquents ; 53 % des généralistes ont adressé des patients à ces structures *au cours des quinze derniers jours*²⁹. Ils sont alors majoritairement (84 %) satisfaits de leur collaboration avec ces professionnels³⁰.

Dans ces domaines relatifs aux soins infirmiers et aux services d'aide à domicile, les réponses des généralistes des Pays de la Loire sont similaires à celles des médecins des quatre autres régions qui participent au panel³¹.

²⁹ Voir note 26 page 15.

³⁰ Voir note 27 page 15.

³¹ Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Encadré 7 - Les professionnels des soins infirmiers

Les soins infirmiers et d'hygiène corporelle à domicile auprès des personnes âgées dépendantes reposent sur :

- les infirmiers, qui exercent en secteur libéral ou en tant que salarié au sein des centres de soins infirmiers. Leur nombre est inégalement réparti sur le territoire national. Les centres de soins infirmiers sont surtout présents dans les régions de l'ouest.
- les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) dont l'essentiel de l'activité concerne des soins de nursing auprès de personnes âgées dépendantes. Ces soins sont assurés par des aides-soignants encadrés par des infirmiers.

Encadré 8 - Les services d'aide à domicile

Les services d'aides et d'accompagnement à domicile (qui ont pris la suite historiquement des services d'aide ménagère) assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Ils concourent notamment au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Les prestations sont réalisées par des aides à domicile, et notamment des auxiliaires de vie sociale (AVS) et des aides médico-psychologiques (AMP).

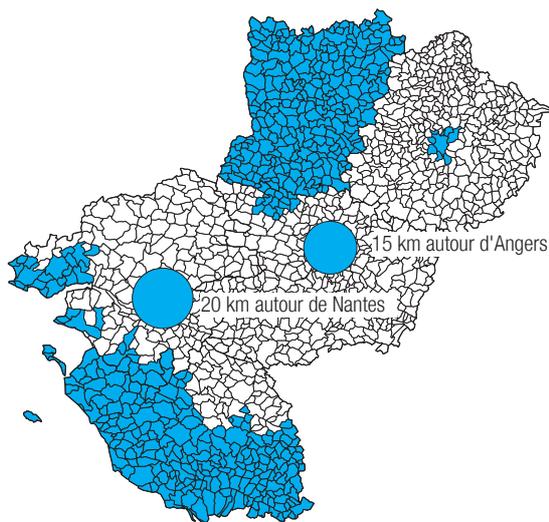
Encadré 9 - L'hospitalisation à domicile (HAD) dans les Pays de la Loire

Les structures d'hospitalisation à domicile assurent au domicile du malade, à tous les âges de la vie, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant médecin hospitalier, médecin traitant et professionnels paramédicaux et sociaux. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par leur complexité et leur fréquence.

L'implantation de ces structures sur le territoire varie d'une région à l'autre. Dans les Pays de la Loire, elles couvrent les départements de Mayenne et de Vendée et les agglomérations des trois autres départements.

Zone couverte par une structure HAD

dans les Pays de la Loire à la date de l'enquête (octobre 2007)⁽¹⁾



Source : Drass Pays de la Loire (service politiques hospitalières)

⁽¹⁾ Depuis cette date, l'implantation des structures HAD a été étendue à d'autres secteurs géographiques. Ces informations peuvent être obtenues auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Encadré 10 - Les assistants sociaux

Les assistants sociaux avec lesquels les médecins généralistes sont en relation exercent principalement au sein des services sociaux des Conseils généraux. Ceux-ci ont en effet en charge les politiques sociales, et coordonnent en particulier les questions gérontologiques. Mais les médecins peuvent également être en contact avec les assistants sociaux des caisses de sécurité sociale (Cram, CPAM, caisse de mutualité sociale agricole...), de caisses de retraite, de centres communaux d'action sociale (CCAS), ou d'établissements de santé.

Plus du quart des médecins ont adressé un de leur patient vers une structure d'HAD

Parmi l'ensemble des services qui contribuent à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, on peut citer également les services d'hospitalisation à domicile (HAD). L'implantation de ces structures est assez récente, et inégalement répartie géographiquement (encadré 9). Les généralistes installés en zone rurale semblent surestimer leur couverture³².

Les généralistes sont amenés à adresser des patients vers les services d'HAD ; 27 % des médecins déclarent avoir été dans cette situation *au cours des quinze jours précédant l'enquête*³³ dans les zones où ces services sont implantés. La grande majorité d'entre eux (94 %) sont alors satisfaits de leur collaboration avec ces structures³⁴.

La fréquence d'adressage des généralistes des Pays de la Loire vers les services d'HAD est proche de celle observée dans les quatre autres régions participant au panel³⁵.

Les généralistes font également appel à d'autres professionnels et notamment aux assistants sociaux (encadré 10). Ainsi, 17 % des généralistes *ont adressé une personne âgée dépendante vers l'un d'entre eux (au cours des quinze jours précédant l'enquête)*³³. Parmi ces médecins, 59 % se disent *satisfaits de leur collaboration*³⁴, soit une proportion moindre que pour les autres intervenants.

En comparaison avec les quatre autres régions du panel, les généralistes des Pays de la Loire *adressent moins souvent des personnes âgées dépendantes vers un assistant social* (17 % vs 19 à 26 % dans les autres régions³⁶).

³² La proportion de généralistes installés en zone rurale qui considèrent que leur zone d'exercice est pourvue par un service d'HAD est évaluée à 70 % dans l'enquête (fréquence des deux réponses "oui" ou "non" parmi les quatre modalités de réponses proposées "oui", "non", "il n'y en a pas dans ma zone d'exercice" et "ne sait pas ce que c'est" à la question "au cours des quinze derniers jours, avez-vous adressé des personnes âgées dépendantes à un service d'HAD ?"). La couverture réelle (calculée pour ces mêmes médecins, à partir des données administratives) est de 33 %.

L'écart est en revanche peu important pour les généralistes installés en zone urbaine.

³³ Voir note 26 page 15.

³⁴ Voir note 27 page 15.

³⁵ Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

³⁶ La différence entre la fréquence observée dans les Pays de la Loire et celle observée en Paca (26 %) est statistiquement significative ($p < 0,05$). Pour les autres régions, les différences sont moins marquées et statistiquement non significatives (Basse-Normandie : 23 %, Bretagne : 22 %, Bourgogne : 19 %).

Une coordination insuffisante, qui nécessiterait plus de moyens

Les généralistes identifient un certain nombre de difficultés pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La première concerne la disponibilité des intervenants ; 76 % des généralistes *estiment que, dans leur zone d'exercice*, les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes *n'ont pas suffisamment de temps pour se coordonner*, et 42 % qu'ils *ne se connaissent pas bien individuellement*. Plus généralement, 53 % des médecins *estiment que, dans leur zone d'exercice, les professionnels de santé ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre aux besoins*.

La deuxième difficulté identifiée concerne la transmission d'information entre professionnels. Dans ce

domaine, le "cahier de liaison" au domicile du malade semble un outil assez souvent utilisé puisque 62 % des généralistes déclarent *avoir été amenés à en renseigner un au cours des trois mois précédant l'enquête*. L'opinion des médecins apparaît assez mitigée puisque pour 44 % d'entre eux, *le retour d'information entre professionnels n'est pas bien organisé* (fig16).

En comparaison avec les quatre autres régions du panel³⁷, l'opinion des généralistes des Pays de la Loire à propos de la coordination des professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes ne présente aucune spécificité.

³⁷ Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Fig16. Opinions sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant être d'accord avec le fait que...



Source : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Influence de la zone d'exercice

Quelques spécificités concernant les médecins exerçant en zone rurale

Que ce soit vis-à-vis des réseaux de santé institutionnels, des relations qu'ils entretiennent avec les autres professionnels, des modalités d'orientation vers les spécialistes et des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, les généralistes des communes rurales occupent globalement une situation assez proche de celles de leurs confrères exerçant en zone urbaine.

Il existe cependant quelques spécificités liées à l'importance de l'implantation des spécialistes et des établissements hospitaliers, et au réseau professionnel impliqué dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les généralistes des communes rurales sont ainsi un peu moins nombreux à déclarer l'existence d'un réseau cancer ou oncologie dans leur zone d'exercice. Ils s'estiment moins souvent informés par l'établissement du devenir de leurs patients qu'ils adressent

aux services d'urgences hospitalières. Enfin, vis-à-vis du dispositif du médecin traitant, les médecins des communes rurales sont moins nombreux à voir depuis la réforme des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement un spécialiste et ne plus voir certains patients parce qu'ils sont maintenant exclusivement suivis par un spécialiste.

Les généralistes des communes rurales sont plus fréquemment amenés à adresser des personnes âgées dépendantes à des infirmiers. Ils ont d'ailleurs plus souvent des échanges par téléphone ou par mail avec ces professionnels à propos de leurs patients. Les contacts avec les autres intervenants semblent également plus aisés à établir. Les médecins des communes rurales sont ainsi plus nombreux à déclarer que les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes se connaissent bien individuellement et avoir participé à une réunion de coordination concernant ces personnes au cours des trois derniers mois (fig17).

Fig17. Influence de la zone d'exercice⁽¹⁾ - Pays de la Loire

Proportion de généralistes déclarant...

	Rural	Mono et multipolarisé	Pôles urbains	Significativité
Réseaux institutionnels				
- connaître l'existence d'un réseau cancer ou oncologie dans leur zone d'exercice	74 %	80 %	85 %	*
Etendue du réseau professionnel				
- avoir eu au cours des 15 derniers jours, des échanges par téléphone ou par mail à propos de leurs patients avec une infirmière	77 %	66 %	55 %	*
- avoir été informé par l'établissement du devenir de leur dernier patient adressé aux urgences hospitalières, il y a de cela plus de 48 heures	38 %	49 %	48 %	*
Orientations vers les spécialistes				
- voir depuis la mise en place de la réforme du médecin traitant, des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste	36 %	38 %	43 %	*
- ne plus voir depuis la mise en place de la réforme du médecin traitant, certains patients maintenant suivis exclusivement par un spécialiste	12 %	12 %	16 %	*
Prise en charge des personnes âgées dépendantes				
- avoir adressé des personnes âgées dépendantes à un infirmier au cours des 15 derniers jours	76 %	72 %	58 %	*
- les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes se connaissent bien individuellement	65 %	59 %	46 %	*
- avoir participé à une réunion de coordination concernant une personne âgée dépendante au cours des trois derniers mois	28 %	31 %	20 %	*
<i>effectifs</i>	128	76	244	

Sources : Panel d'observation en médecine générale, DREES, URML, FNORS - Vague 2 octobre 2007 - URCAM, données extraites du RIAP - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

* Ecart significatif dans les Pays de la Loire après prise en compte des facteurs âge, sexe, nombre d'actes (régression logistique $p < 0,05$).

* L'écart est non significatif dans les Pays de la Loire, mais il est intéressant de le mentionner car il est significatif pour l'ensemble des cinq régions ayant participé au panel, après prise en compte des facteurs âge, sexe, nombre d'actes (régression logistique $p < 0,05$).

⁽¹⁾ Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'Insee, qui découpe le territoire en quatre types d'espace : les pôles urbains, les couronnes périurbaines, les communes multipolarisées - l'ensemble formant l'espace à dominante urbaine - et enfin le rural constitué des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace urbain.

Synthèse

Les réseaux de santé font maintenant partie du paysage sanitaire régional. Selon les résultats de la deuxième vague d'enquête du panel, un généraliste des Pays de la Loire sur trois déclare adhérer à l'un d'entre eux, proportion plus faible que dans les autres régions concernées par l'enquête (Bretagne, Basse-Normandie, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans ce paysage très diversifié, les réseaux "diabète" mobilisent environ le quart des généralistes de la région.

Parallèlement à ces formes de coopération institutionnelle, les généralistes collaborent avec un vaste réseau de professionnels dans leur exercice quotidien. Les spécialistes et les pharmaciens sont ceux avec lesquels ils "échangent" le plus fréquemment à *propos de leurs patients*.

Quant au dispositif du médecin traitant et la question du rôle respectif du généraliste et du spécialiste dans le parcours de soins des patients, les équilibres existants ne semblent pas avoir été bouleversés. 36 % des généralistes considèrent que depuis cette réforme, *le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini*.

Dans le cas où il oriente son patient vers un spécialiste, le généraliste joue un rôle essentiel dans le choix du praticien consulté, qui exerce en secteur libéral le plus souvent. Il indique fréquemment (quatre fois sur cinq) des noms de confrères à ses patients, le choix s'opérant principalement sur leurs relations de travail ("*habitude de tra-*

vailler avec ces confrères", "*certitude d'être tenu informés*").

Le retour d'information est essentiel pour garantir la continuité des soins. Dans ce domaine, il apparaît des différences significatives selon les secteurs. Lorsqu'ils adressent un patient à un confrère spécialiste, les généralistes considèrent que le retour d'information s'effectue dans des délais satisfaisants quand ce dernier exerce en libéral, le niveau de satisfaction étant un peu moins élevé vis-à-vis des médecins hospitaliers. En revanche, les réponses des généralistes témoignent du manque d'informations transmises par les secteurs de psychiatrie publique. En ce qui concerne le suivi des personnes âgées dépendantes, les généralistes ont une opinion mitigée quant à l'organisation de la transmission d'informations entre les professionnels.

En matière de coordination gériatrique, les généralistes sont nombreux à effectuer des évaluations de la dépendance dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Mais, ils ne sont pas les seuls professionnels à intervenir dans ce champ, maintenant structuré autour des Centres locaux d'information et de coordination (Clic), qui couvriront pratiquement l'intégralité du territoire régional d'ici la fin 2009. Bien que de création relativement récente, ces dispositifs semblent relativement bien identifiés par les généralistes de la région.

Pour en savoir plus :

- Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 649, août 2008, 8 p.
- Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). ORS, URML Pays de la Loire, Février 2008, 16 p.
- L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 610, novembre 2007, 8 p.

Cette étude a été entreprise par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire et l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Pays de la Loire. Elle a bénéficié du soutien et du financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), du Groupement régional de santé publique (GRSP) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé.

Sa mise en oeuvre a été réalisée par Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil et François Tuffreau (ORS Pays de la Loire), et par le Dr Thomas Héroult (URML Pays de la Loire)

Merci à J.G. Bertet, J. Chapuis, P. Delorme, M. Lugand, URML Pays de la Loire ;
F. Paré, R. Senand, professeurs de médecine générale ; J. Pascal, CHU Nantes ;
V. Devineau, G. Pérocheau, Urcam Pays de la Loire ; P. Ducluzeau, Diabète 49 ; B. Kuchly, Résodiab 44 ;
H. Lacroix, Onco Pays de la Loire ; K. Attal-Toubert, F. Guillaumat-Tailliet, Drees ;
A. Paraponaris, L. Vaissade, P. Verger, ORS Paca ; P. Despres, ORS Basse-Normandie ;
B. Lémercy, ORS Bourgogne ; M.A. Guerville, URML Paca ; C. Aubry, URML Bourgogne ;
pour leur participation à l'élaboration du questionnaire et leur relecture attentive de ce document.

Et merci à tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel.

Cette publication est disponible sur demande à l'ORS (Tél. 02 51 86 05 60) et à l'URML (Tél. 02 51 82 23 01),
ou en téléchargement sur les sites www.santepaysdelaloire.com ou www.urml-paysdelaloire.fr

URML des Pays de la Loire

Groupement Régional de Santé Publique
GRSP
Agir pour la Santé
PAYS DE LA LOIRE

DIRECTION DE LA RECHERCHE,
DES ÉTUDES,
DE L'ÉVALUATION
ET DES STATISTIQUES
drees

Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE ET
DES SPORTS