

Études et Résultats

drees



N° 649 • août 2008

Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié

Dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire) collaborent avec un vaste réseau de professionnels. Mais c'est avec les spécialistes et les pharmaciens qu'ils échangent le plus souvent à propos de leurs patients.

Les généralistes jouent un rôle pivot dans le parcours de soins. Lorsqu'ils adressent au spécialiste, ils conseillent très souvent au patient des noms de confrères, principalement en fonction de critères relationnels *habitude de travailler avec ces confrères, certitude qu'ils les tiendront informés*. 80 % des spécialistes intervenant dans ce cadre sont libéraux.

40 % des généralistes considèrent que depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée grâce à une meilleure définition du partage des rôles avec leurs confrères spécialistes.

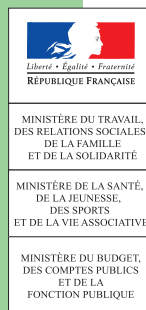
Parallèlement à ces « réseaux professionnels informels », un certain nombre de généralistes déclarent adhérer à des formes de coopération plus institutionnelles, les « réseaux de santé ». Ils sont environ 40 % dans ce cas en Bourgogne, Basse-Normandie et Bretagne et 30 % en Pays de la Loire et en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Marie-Christine BOURNOT, Marie-Cécile GOUPIL et François TUFFREAU - Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire

Merci à J.G. BERTET, J. CHAPUIS, P. DELORME, T. HÉRAULT, M. LUGAND, Union régionale des médecins libéraux (URML) Pays de la Loire ; F. PARÉ, R. SENAND professeurs de médecine générale ; J. PASCAL, CHU Nantes ; G. PEROCHÉAU, Union régionale des caisses d'assurance maladie Pays de la Loire ; K. ATTAL-TOUBERT, F. GUILLAUMAT-TAILLIET, DREES ; P. DESPRES, ORS Basse-Normandie ; B. LÉMERY, ORS Bourgogne ; A. TRÉHONY, ORS Bretagne ; M. AULAGNIER, A. PARAPONARIS, L. VAISSADE, P. VERGER, ORS PACA ; C. AUBRY, URML Bourgogne ; M.A. GUERVILLE, URML PACA ; F. PELISSIER, URCAM Bourgogne ; G. TONNAIRE, URCAM PACA, pour leur participation à l'élaboration du questionnaire et pour leur relecture attentive de ce document.

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

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique



UTILISER le mot « réseau » dans le champ de la santé est d'autant plus délicat que ce terme recouvre deux réalités bien distinctes. Les médecins généralistes sont en effet amenés, dans leur exercice quotidien, à mobiliser un grand nombre de professionnels pour la prise en charge de leurs patients ; on peut parler alors de « réseau professionnel informel ». Il existe aussi, depuis une quinzaine d'années, des formes institutionnelles de coopération interdisciplinaire associant des praticiens hospitaliers ou libéraux et des professionnels de la santé et du secteur social qui constituent les « réseaux de santé ».

La deuxième vague d'enquête du panel de médecins généralistes vise à décrire les différents réseaux professionnels informels de ces praticiens¹ ainsi que la fréquence et la qualité de leurs échanges. Cette étude a également pour objectif de connaître l'opinion des généralistes concernant le dispositif du médecin traitant et la coordination des soins auprès des personnes âgées dépendantes. Elle aborde en complément l'adhésion des praticiens aux réseaux institutionnels de santé.

La collecte a eu lieu en octobre et novembre 2007, dans cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur (encadré 1). Ces cinq régions ne sauraient être représentatives de l'ensemble du territoire métropolitain. Pour cette vague comme pour tous les résultats du panel, les écarts entre régions peuvent s'expliquer à la fois par des différences d'organisation des soins, de densité des professionnels de santé et de caractéristiques de la population (âge, revenus...).

Un réseau étendu de professionnels

Les **spécialistes**, maillon essentiel du parcours de soins des patients, sont les professionnels de santé avec lesquels les généralistes ont le plus fréquemment des contacts. Environ 90 % des médecins interviewés déclarent avoir eu, *au cours des quinze derniers jours, des échanges par téléphone ou par mél avec l'un*

d'entre eux à propos d'un patient (graphique 1).

Les échanges entre généralistes et **pharmaciens** sont également très fréquents. En effet, plus de 85 % des médecins interviewés déclarent en avoir eu au cours des quinze derniers jours. Ce résultat est en lien direct avec la forte proportion de consultations faisant l'objet d'une prescription de médicaments².

Même si les consultations avec prescriptions de biologie ou d'actes paramédicaux sont moins fréquentes, les généralistes ont régulièrement des contacts avec les **infirmiers** (entre 63 % et 76 %), les **biologistes** (entre 52 % et 67 %) et les **masseurs-kinésithérapeutes** (entre 41 % et 53 %). L'importance des échanges avec les infirmiers peut être mise en relation avec celle de la prise en charge des personnes âgées à domicile dans leur activité [CNAMTS, 2005 ; Lenormand *et al*, 2001].

Les contacts avec les **orthophonistes** sont en revanche beaucoup moins fréquents (de 5 % à 14 %).

■ ENCADRÉ 1

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

Ce dispositif de recueil de données a été mis en œuvre 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 régionale 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). Près de 2000 médecins généralistes, membres du panel, sont enquêtés chaque semestre par téléphone pendant une vingtaine de minutes [Aulagnier *et al*, 2007]. Lors de cette deuxième vague du panel, 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, l'implication des médecins généralistes au sein des réseaux, les recours aux services d'urgences. Quelques questions spécifiquement régionales concluaient l'entretien.

1. C'est-à-dire avec d'autres professionnels, services d'urgences et secteurs psychiatriques.

2. 80 % des consultations font l'objet d'une prescription de médicaments, 14 % d'une prescription de biologie et 5 % d'actes paramédicaux [Labarthe, 2004].

Enfin, même si les consultations de **psychologues** ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie³, les généralistes peuvent être conduits à leur adresser des patients. Environ 13 % des médecins interviewés déclarent avoir eu des échanges avec l'un de ces professionnels au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient.

Les échanges entre généralistes et **chirurgiens-dentistes** ont concerné 15 % des médecins interviewés en Basse-Normandie et 25 % en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Les généralistes sont aussi en contact avec d'autres médecins : entre 22 % et 38 % des généralistes déclarent des contacts avec les médecins conseils de l'**assurance maladie** au cours des quinze derniers jours, à propos notamment des protocoles de soins concernant les patients admis en affection longue durée⁴ (ALD).

Les généralistes ont également des échanges avec leurs collègues **médecins du travail**, plus fréquents en

Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie (24 % à 27 %) qu'en Provence - Alpes - Côte d'Azur ou Bourgogne (14 %).

Enfin les généralistes ont l'occasion d'échanger avec les **assistants sociaux** (de 12 % en Pays de la Loire à 19 % en PACA).

Pour d'autres professions, les échanges semblent encore nettement plus réduits. Moins de 5 % des généralistes indiquent ainsi avoir eu des contacts au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient avec un médecin de protection maternelle et infantile (PMI), une sage-femme ou un diététicien.

Les services d'urgences, partie intégrante du réseau professionnel informel des généralistes

Les services d'urgences occupent également une place importante dans le réseau professionnel des généralistes⁵. Lorsque les généralistes orientent un patient aux urgences hospitalières, c'est pratiquement toujours

parce qu'ils estiment que *son état de santé nécessite une prise en charge dans les 24 heures*.

Plus de 90 % des médecins généralistes disent avoir remis un courrier à leur patient. Entre 32 % et 45 % des médecins déclarent avoir été informés par l'établissement du devenir de leur dernier patient adressé aux urgences⁶. Ce retour est un peu plus fréquent lorsque le généraliste a pris un contact préalable avec le praticien des urgences ou un spécialiste de l'établissement et lorsqu'il s'agit d'un établissement du secteur privé.

Une difficulté d'accès aux secteurs psychiatriques

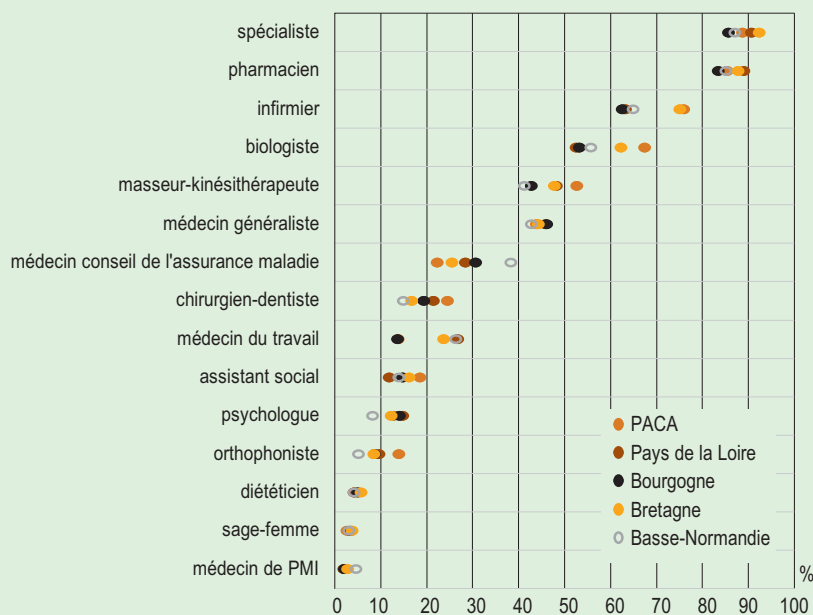
Les troubles mentaux et la maladie mentale constituent un motif fréquent de recours aux généralistes [Labarthe, 2004]. Un certain nombre de patients concernés sont susceptibles d'être suivis par la sectorisation psychiatrique publique (encadré 2).

L'existence de ces secteurs est bien connue des généralistes, puisque

GRAPHIQUE 1

Fréquence des échanges des généralistes avec les autres professionnels

Proportion de généralistes déclarant, au cours des quinze derniers jours, avoir eu des échanges par téléphone ou par mél à propos d'un de leurs patients avec un(e)...



Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques en médecine générale.

ENCADRÉ 2

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. L'ensemble du territoire national est ainsi couvert par 817 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

3. L'activité libérale n'est pas le seul mode d'exercice, certains psychologues intervenant comme salariés dans des centres de soins.

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

5. Selon une enquête de la DREES, 16 % des patients ayant recours à un service d'urgences consultent au préalable leur médecin traitant [Baubeau et al, 2003].

6. Dernier patient adressé à un service d'urgences, il y a de cela plus de 48 heures.

moins de 1 % d'entre eux disent *ne pas savoir ce que c'est*. Cependant, seuls 35 % déclarent *être suffisamment informés sur leurs missions et leurs activités*.

Parmi les généralistes du panel, plus de 90 % déclarent *avoir des patients qui y sont suivis*, mais seulement 40 % disent *pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin* et 22 % *être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis*⁷. Ces fréquences sont moins élevées en PACA (respectivement 34 %, 25 % et 19 %) et à l'inverse plus élevées en Basse-Normandie (45 %, 40 % et 30 %, cf. graphique 2).

Des généralistes principalement en contact avec les spécialistes libéraux

C'est principalement en secteur libéral qu'exercent les spécialistes vers lesquels sont adressés les patients. Dans 80 % des cas, la dernière fois que le généraliste a orienté un patient vers l'un de ses confrères, le *spécialiste consulté était de statut libéral*⁸.

Les spécialités les plus concernées sont la cardiologie (2 à 3 fois sur 10), puis la gastro-entérologie et la rhumatologie (1 fois sur 10).

Dans 95 % des cas, le généraliste prépare un courrier à l'attention de son confrère et une fois sur trois environ il le joint au préalable *par téléphone ou par mél*. Ce contact a pour objectif d'*accélérer le rendez-vous* pour 25 % des généralistes et de *discuter de la prise en charge* du patient, pour 20 % environ. En PACA (27 %) ce motif est plus souvent cité⁹ (graphique 3).

Dans la plupart des cas, le généraliste indique des noms de spécialistes à ses patients

Les généralistes jouent un rôle majeur dans le choix des spécialistes vers lesquels ils orientent leurs patients. Ainsi, la dernière fois qu'ils ont été dans cette situation, environ 80 % des praticiens déclarent *avoir conseillé des noms* de spécialistes et lorsqu'ils avaient *le choix entre plusieurs noms de confrères de même spécialité*, une fois sur deux ils n'en ont conseillé qu'un seul.

Le médecin spécialiste est très largement choisi sur des critères relevant de la relation professionnelle entre les praticiens et notamment de la qualité du retour d'information. La dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, plus de 80 % des généralistes disent avoir pris en compte *l'habitude de travailler avec ces confrères et la certitude qu'ils les tiendront informés*.

En ce qui concerne le retour d'information, la majorité 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 encore plus satisfaisante pour les spécialistes libéraux (plus de 95 %) que

pour les hospitaliers (80 % environ).

D'autres critères apparaissent importants dans le choix des spécialistes : environ 70 % des généralistes disent avoir tenu compte *de la réputation de ces spécialistes* et 65 % *de la proximité géographique pour le patient*. Le *décali d'attente* est cité une fois sur deux. Sont moins souvent évoqués le *mode d'exercice* du spécialiste (une fois sur quatre) et la *situation sociale du patient* (entre 11 % et 19 %) (graphique 4).

Un partage des rôles mieux défini entre généralistes et spécialistes ?

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie a instauré le dispositif du médecin traitant, dans le but d'assurer une meilleure orienta-

GRAPHIQUE 2

Relations des généralistes avec le secteur psychiatrique

Proportion de généralistes déclarant...



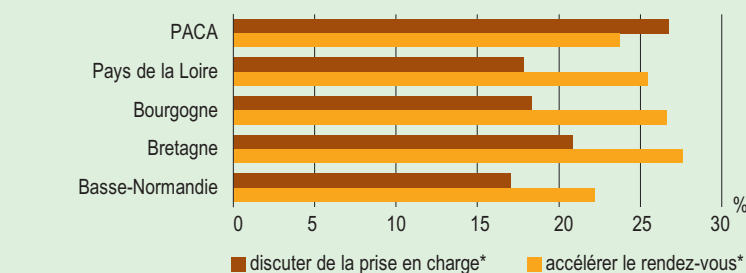
* Parmi les médecins qui ont des patients suivis par le secteur psychiatrique.

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques en médecine générale.

GRAPHIQUE 3

Motifs de prises de contact des généralistes avec leurs confrères spécialistes lorsqu'ils adressent des patients

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



* Plusieurs réponses possibles

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques en médecine générale.

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

8. Ces chiffres sont à rapprocher des données nationales : on compte 41 millions de consultations externes effectuées par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, contre 160 millions de consultations remboursées par l'assurance maladie à des spécialistes exerçant en libéral (SAE, SNIR).

9. Le fait d'avoir pris contact par téléphone ou par mél ne semble pas déterminé par un facteur « temps de travail » dans la mesure où il n'est pas lié au nombre annuel d'actes effectués par les généralistes.

tion des patients vers les professionnels de santé, notamment en limitant l'accès direct au spécialiste. Elle incite, en effet, les patients à demander un avis préalable à leur médecin traitant (encadré 3).

Trois généralistes sur quatre disent *disposer de suffisamment d'informations* sur le dispositif du médecin traitant. Ils apparaissent davantage partagés sur ses effets réels. La proportion de ceux qui pensent que depuis sa mise en place, *le partage des rôles entre spécialistes et généralistes est mieux défini*, avoisine 40 % (graphique 5). Parmi les 60 % qui ne partagent pas cette opinion se trouvent sans doute des praticiens qui pensent que les rôles étaient déjà bien définis avant la réforme. Un généraliste sur trois dit *qu'il lui est*

plus facile de connaître le parcours de soins de ses patients. Quant à ceux qui estiment que *les retours de comptes rendus de spécialistes se sont améliorés*, ils sont 35 % en Bretagne et en PACA et 28 % dans les trois autres régions.

Par ailleurs, près de la moitié des généralistes interrogés déclarent voir, depuis la réforme, *des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste* (de 40 % en Bretagne et Pays de la Loire à 49 % en PACA)¹⁰. Ce sont souvent les mêmes qui considèrent que la réforme a eu un impact positif dans les différents domaines évoqués¹¹.

Environ 40 % des généralistes disent revoir des patients qui ne les avaient pas consultés depuis long-

temps. La proportion de médecins interviewés qui estiment avoir plus de consultations de prévention et d'éducation à la santé avoisine 15 %. Enfin, si pour 15 % des généralistes la perception qu'ont les patients de leur rôle dans le parcours de soins s'est améliorée, pour 70 % elle n'a pas changé.

Environ 70 % des généralistes 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*. L'ensemble des responsabilités et des activités induites par le rôle du médecin traitant explique que près de neuf généralistes interrogés sur dix estiment que leur *charge administrative a augmenté*.

ENCADRÉ 3

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 le parcours de soins coordonnés du patient. 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. À la dernière enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES, 78 % des assurés sociaux ont déclaré en 2006 avoir choisi un médecin traitant. Ce dernier se trouve être naturellement le médecin habituel ou le médecin de famille, lorsqu'ils en avaient un. Seulement 7 % des patients ont eu le sentiment d'un changement dans leur suivi depuis la mise en place de la réforme [Allonier et al, 2008].

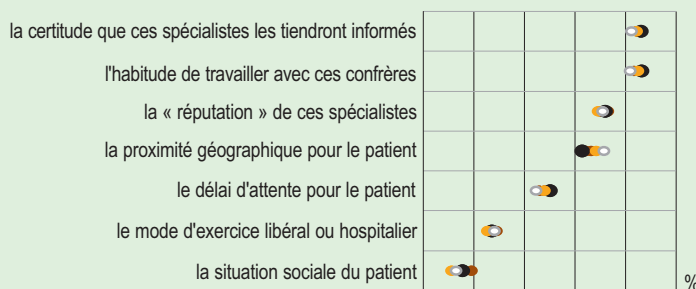
En confiant au médecin traitant un rôle de pilotage du parcours de soins, la réforme de 2004 a également modifié les conditions d'accès direct au spécialiste. Désormais, lorsqu'un assuré âgé de plus de 16 ans consulte directement un spécialiste sans être adressé par un médecin généraliste, le taux de 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.

Globalement au plan national, avec le recul dont on dispose, la réforme du médecin traitant ne semble pas avoir eu d'incidence notable sur l'activité des spécialistes. D'après les données de l'assurance maladie, celle-ci est restée stable entre 2003 et 2006, exceptée pour les ORL (-12 %), les dermatologues (-10 %) et les pédiatres (-6 %). Quand à l'activité des généralistes, elle a augmenté de 3,5 % au cours de ces trois années.

GRAPHIQUE 4

Critères de choix du spécialiste

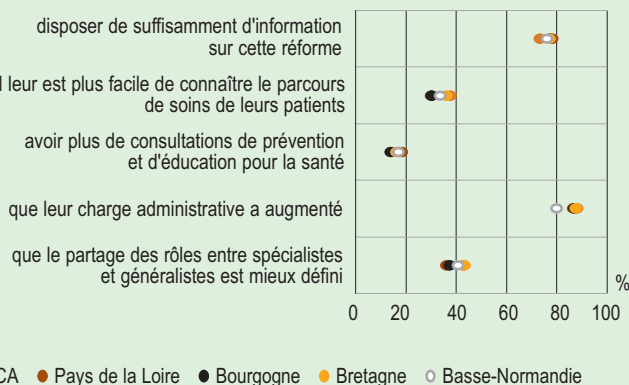
Proportion de généralistes déclarant, la dernière fois qu'ils ont adressé un patient à un spécialiste, avoir pris en compte pour le choisir...



GRAPHIQUE 5

Opinions des généralistes sur le dispositif du médecin traitant

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



● PACA ● Pays de la Loire ● Bourgogne ● Bretagne ● Basse-Normandie

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques en médecine générale.

10. Les médecins exerçant dans les pôles urbains sont plus nombreux à déclarer voir depuis la réforme des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste (50 % pour les pôles urbains de plus de 200 000 habitants, 47 % pour les pôles urbains de moins de 200 000 habitants, contre 38 % pour les communes péri-urbaines, 37 % pour les communes de l'espace à dominante rurale, sur l'ensemble des cinq régions).

11. 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 % à 57 % selon les régions), que les retours des comptes rendus de spécialistes se sont améliorés (45 % à 58 %) et voir depuis la réforme des patients qui étaient auparavant pris en charge exclusivement par un spécialiste (49 % à 59 %).

Un vaste réseau d'intervenants autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Les recours aux soins augmentant fortement avec l'âge, la prise en charge des personnes âgées représente une part importante de l'activité des médecins généralistes [Labarthe, 2004]. Dans ce domaine, la notion de « réseau professionnel informel » prend tout son sens, à la fois par la diversité des intervenants concernés : infirmiers, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), consultations spécialisées hospitalières ou libérales, services d'hospitalisation à domicile (HAD) ; mais aussi par le fait que le réseau doit mobiliser des intervenants sociaux (encadré 4).

Les professionnels ou structures de soins infirmiers sont largement implantés dans les cinq régions du panel. Moins de 1 % des généralistes¹² déclarent qu'il n'y a pas d'infirmiers libéraux dans leur zone d'exercice et entre 5 % et 13 %¹³ disent qu'il n'y a pas de SSIAD. Il en va de même pour les consultations spécialisées, consultations mémoire ou gériatriques : moins de 5 % n'en ont pas aux alentours. En revanche, les structures d'hospitalisation à domicile sont plus rares : selon les régions, 10 % à 28 % des généralistes disent qu'il n'y en a pas dans leur zone d'exercice, ces proportions sont plus élevées dans les communes rurales (25 % à 44 %) que dans les pôles urbains (5 % à 13 %).

Au cours des quinze jours précédant l'enquête, 60 % (en Bourgogne) à 74 % (en PACA et Bretagne) des généralistes ont adressé des personnes âgées dépendantes à des infirmiers libéraux¹⁴. Cette proportion est plus faible pour les SSIAD (environ 55 %) et pour les consultations spécialisées (environ 43 %). Elle se situe entre 22 % en Bourgogne et 39 % en Basse-Normandie pour les services d'hospitalisation à domicile.

Mais la prise en charge des personnes âgées dépendantes ne repose pas sur les professionnels de santé. Depuis 2002, elle est fortement structurée par le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), conduit et financé par les Conseils généraux. De nombreux généralistes participent à ce dispositif et pratiquent

des évaluations à domicile (entre 70 % et 81 %).

Les assistants sociaux et les services d'aides et d'accompagnement à domicile qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes sont des professionnels bien repérés par les généralistes. Ce n'est pas encore le cas pour les centres locaux d'informations et de coordination (CLIC), structures qui ne couvrent pas encore l'ensemble du territoire français : entre 15 % (dans les Pays de la Loire) et 27 % (en PACA) des médecins disent *ne pas savoir ce que c'est*, et entre 21 % (dans les Pays de la Loire) et 35 % (en Bourgogne, Bretagne et Basse-Normandie) d'entre eux déclarent qu'il n'y en a pas dans leur zone d'exercice.

Les généralistes qui ont adressé des personnes âgées dépendantes au cours des quinze derniers jours à un assistant social sont 17 % dans les Pays de la Loire et 26 % en PACA. Pour les CLIC, les recours varient de 14 % en PACA à 28 % en Pays de la Loire. Le réseau professionnel des services d'aide à domicile est plus fortement mobilisé, la proportion de généralistes concernés se situant entre 46 % en PACA et 61 % en Basse-Normandie.

Des généralistes satisfaits de leurs collaborations avec ces différents intervenants

La grande majorité des généralistes¹⁵ qui ont, au cours des quinze derniers jours précédant l'enquête,

ENCADRÉ 4

Quelques définitions

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. On compte ainsi trois fois plus d'infirmiers libéraux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en PACA qu'en Pays de la Loire et en Bourgogne. À l'inverse 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.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

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. Elles sont relativement bien implantées sur le territoire, même si la situation est variable d'une région à l'autre.

Les consultations spécialisées

La plupart des établissements publics de santé proposent des consultations spécialisées, consultations mémoire et consultations gériatriques qui effectuent des bilans gériatriques. Pour confirmer ou poser un diagnostic spécialisé (démences en particulier), les généralistes peuvent s'adresser à ces consultations hospitalières, mais également à des spécialistes libéraux (neurologues en particulier).

Centre local d'information et de coordination (CLIC)

Créés au début des années 2000, les CLIC sont des structures de proximité, chargées de l'information et de la coordination des dispositifs d'aides auprès des personnes âgées. Un certain nombre d'entre eux participent à l'évaluation des situations à domicile, à l'élaboration et au suivi de plans d'aide individuels. Les CLIC, qui sont autorisés et financés par les départements, ont principalement le statut associatif mais ils sont aussi parfois rattachés à des structures communales ou intercommunales (centre communal d'action sociale - CCAS - par exemple) ou à des établissements de santé.

Les assistants sociaux

Les assistants sociaux avec lesquels les médecins généralistes sont en relation exercent principalement au sein des départements, qui ont en charge les politiques sociales, et coordonnent en particulier les questions gérontologiques. Mais des assistants sociaux exercent également au sein de caisses de sécurité sociale (caisses régionales d'assurance maladie, caisses de mutualité sociale agricole...), de caisses de retraite, de centres communaux d'action sociale (CCAS), ou d'établissements de santé.

12. Parmi les généralistes qui, concernant ces intervenants, n'ont pas choisi la réponse *ne sait pas ce que c'est*.

13. Il s'agit de 5 % en PACA et en Pays de la Loire et de 13 % en Bourgogne.

14. Parmi les généralistes qui considèrent que ces intervenants sont présents sur leur zone d'exercice.

15. Parmi les généralistes qui considèrent que ces intervenants sont présents sur leur zone d'exercice et qui leur ont adressé des personnes âgées dépendantes au cours des quinze derniers jours.

adressé à des professionnels du secteur sanitaire et social des personnes âgées dépendantes, estiment que pour la prise en charge de ces dernières, la collaboration est tout à fait ou plutôt satisfaisante. Cette proportion est d'environ 95 % pour les infirmiers et les SSIAD, d'environ 90 % pour les services d'HAD, les consultations spécialisées (consultations mémoire et consultations gériatriques) et les services d'aide à domicile (excepté en PACA, 81 %). Elle est un peu moins élevée pour les CLIC (environ 82 %) et les assistants sociaux (70 %).

La satisfaction envers ces professionnels est moins souvent exprimée lorsque les généralistes ne leur ont pas adressé de personnes âgées au

cours des deux semaines précédant l'enquête téléphonique¹⁶.

Coordination gériatrique : une réalité tangible pour une majorité de généralistes

La majorité des généralistes considèrent être *tout à fait ou plutôt d'accord* avec l'idée que la coordination des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes relève du rôle du médecin généraliste (de 72 % en Pays de la Loire à 82 % en PACA). La plupart des généralistes déclarent avoir été amenés à remplir un cahier de liaison concernant une personne âgée dépendante au cours des trois mois précédant l'enquête (environ 61 % en Pays de la Loire, Basse-Normandie et Bourgogne et

72 % en PACA et Bretagne). Enfin, la proportion de ceux qui disent avoir participé à une réunion de coordination concernant une personne âgée dépendante sur cette période avoisine 22 %.

Trois médecins interviewés sur quatre partagent l'idée que pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, le rôle de chacun des intervenants est bien défini dans leur zone d'exercice. Ils sont moins nombreux à affirmer que le retour d'information entre professionnels est bien organisé (entre 51 % et 59 %).

Cependant, seulement 28 % de généralistes en PACA et Bretagne, 19 % dans les Pays de la Loire, Bourgogne et Basse-Normandie sont d'accord avec l'idée que les professionnels ont suffisamment de temps pour se coordonner.

Les réseaux de santé : des situations différentes selon les régions

De création récente pour la plupart (moins de dix ans), les réseaux de santé connaissent des situations régionales contrastées par leur nombre, leur couverture géographique, leur organisation. Ils ont également, pour une même thématique, des missions qui diffèrent d'une région à l'autre (encadré 5).

Ces dispositifs semblent rencontrer un certain écho auprès des généralistes (tableau 1), avec toutefois des nuances d'une région à l'autre. La proportion d'interviewés qui déclarent adhérer à un réseau de santé est plus élevée en Bourgogne, Bretagne et Basse-Normandie (entre 39 % et 44 %) qu'en Pays de la Loire (31 %) ou en PACA (27 %)¹⁷.

Les objectifs des réseaux de santé semblent connus de leurs adhérents, puisqu'environ 73 % d'entre eux estiment bien identifier les missions de ces structures.

Environ 72 % des généralistes adhérents indiquent que les réseaux leur permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients. Sur le plan de la coordination des soins, une proportion importante estime que ces dispositifs renforcent la collaboration

16. Parmi les généralistes qui considèrent que ces intervenants sont présents sur leur zone d'exercice mais qui ne leur ont pas adressé des personnes âgées dépendantes au cours des quinze derniers jours.

17. L'adhésion à un réseau de santé ne semble pas déterminée par un facteur « temps de travail », dans la mesure où il n'est pas lié au nombre annuel d'actes effectués par les généralistes.

TABLEAU 1

Opinions des médecins généralistes sur les réseaux de santé selon qu'ils adhèrent ou non à l'un d'entre eux

Proportion de généralistes ayant déclaré être d'accord avec l'idée que de manière générale, les réseaux de santé*...

	constituent des structures dont ils identifient bien les missions				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	74	73	75	73	68
non adhérent	34	32	28	31	34
	peuvent s'intégrer facilement dans leurs pratiques				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	62	57	71	69	51
non adhérent	32	32	26	22	30
	renforcent la collaboration avec le milieu hospitalier				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	57	63	70	61	58
non adhérent	44	44	41	35	47
	renforcent la collaboration avec les spécialistes libéraux				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	55	55	55	55	64
non adhérent	40	39	33	28	40
	renforcent la collaboration avec le secteur médico-social				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	58	60	68	59	61
non adhérent	47	44	45	43	43
	permettent d'améliorer leur connaissance des problèmes de santé des patients				
	PACA	Pays de la Loire	Bourgogne	Bretagne	Basse-Normandie
adhérent	69	72	76	76	67
non adhérent	43	45	42	34	43

*Réponses, *tout à fait d'accord* et *plutôt d'accord*.

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques en médecine générale.

avec le milieu hospitalier (environ 62 %), le secteur médico-social (*idem*), les spécialistes libéraux (56 %). Enfin, pour la mise en œuvre pratique des réseaux, les opinions sont partagées selon les régions. Ainsi, la proportion « d'adhérents » qui considèrent que ces structures peuvent s'intégrer facilement dans leur pratique se situe entre 51 % en Basse-Normandie et 71 % en Bourgogne.

18. Quand le réseau existe, c'est-à-dire parmi les généralistes qui connaissent l'existence d'un réseau diabète dans leur zone d'exercice.

Les opinions sont moins positives parmi les généralistes qui n'adhèrent

à aucun réseau. En particulier, ils sont deux fois moins nombreux à estimer bien identifier les missions de ces structures et à considérer qu'elles peuvent s'intégrer dans leur pratique.

Les réseaux diabète et oncologie repérés par la majorité des généralistes

À la date de l'enquête, les cinq régions participant au panel étaient entièrement couvertes par des réseaux cancer et la majorité des généralistes

en connaissent l'existence, avec toutefois des disparités régionales. En Basse-Normandie, PACA et Pays de la Loire, environ 80 % des interviewés déclarent qu'il existe un réseau oncologie ou un réseau cancer dans leur zone d'exercice, proportion qui atteint 89 % en Bretagne mais qui est plus faible en Bourgogne (66 %).

Dans les trois régions du panel où les réseaux diabète ont une couverture régionale importante (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne), les généralistes semblent assez bien connaître leur existence (70 % déclarent qu'il existe un réseau diabète dans leur zone d'exercice).

ENCADRÉ 5

Les réseaux institutionnels

Les réseaux de santé, officiellement reconnus par l'ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, constituent une forme institutionnelle de coopération interdisciplinaire ou entre professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, travailleurs sociaux...

Il existe aujourd'hui plusieurs centaines de réseaux de santé au plan national, dont les modes d'organisation et les missions peuvent être cependant très différents. La plupart ont été créés autour d'une thématique de santé (oncologie, périnatalité, diabète, malvoyance...) ou d'un groupe de population (réseaux gérontologiques, réseaux santé-précarité...). Leurs missions peuvent être directement tournées vers la coordination du parcours de soins du patient (réseau diabète par exemple), ou vers l'homogénéisation des pratiques en fonction des recommandations professionnelles.

Les réseaux diabète

Les réseaux diabète organisent des actions de formation envers les professionnels, coordonnent le parcours de soins des patients, favorisent la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et l'accès à certains soins (consultations de diététicien, de pédicure-podologue).

À la date de l'enquête, les réseaux diabète couvrent l'ensemble de la Basse-Normandie, environ 80 % des Pays de la Loire et 60 à 70 % de la Bretagne. Ils sont moins implantés en PACA (pour le diabète de type 2) et en Bourgogne.

Les réseaux cancer

Les réseaux de cancérologie, comme les autres réseaux de soins, ont émergé à la fin des années 1990, puis ont bénéficié de la dynamique du plan cancer (2003). L'Institut national du cancer (INCa, 2005) préconise ainsi la création de réseaux dans toutes les régions¹.

Contrairement aux réseaux diabète qui s'appuient principalement sur les médecins généralistes, les réseaux oncologie s'adressent avant tout aux différents spécialistes ayant directement en charge les traitements (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes...). À la date de l'enquête, les cinq régions participant au panel étaient entièrement couvertes par un (Basse-Normandie, Bourgogne, Pays de la Loire) ou plusieurs (Bretagne, PACA) réseaux cancer.

1. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Pour en savoir plus

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », IRDES.
- Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A. et al., 2007, « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, DREES, n° 610, novembre.
- Collet M., Sicard D., 2007, « Les chirurgiens dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 594, septembre.
- Baubeau D., Carasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, DREES, n° 215, février.
- Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 471, mars.
- Labarthe G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.
- Direction des statistiques et des études, 2005, « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 », *Carnets statistiques*, CNAMTS, n° 111, novembre.

Une adhésion aux réseaux diabète motivée par de multiples raisons...

Malgré une mise en place souvent récente, l'adhésion déclarée des généralistes aux réseaux diabète apparaît relativement importante, mais variable selon les régions. Si elle concerne 45 % des médecins¹⁸ en Bourgogne, Bretagne et Basse-Normandie, elle est plus faible en Pays de la Loire (32 %) et en PACA (27 %), situation également observée pour l'ensemble des réseaux.

La majorité (plus de 70 %) des médecins qui adhèrent à un réseau diabète expliquent leur participation en disant qu'il s'agit d'un problème de santé de première importance, mais aussi parce qu'il est nécessaire d'organiser la coordination entre les différents intervenants, pour travailler de manière moins isolée et pour permettre à leurs patients de bénéficier d'une prestation remboursée.

Lorsque les généralistes n'adhèrent pas à ces réseaux, les raisons le plus souvent évoquées sont le fait d'être sollicités par de nombreux réseaux différents (entre 40 % en Basse-Normandie et 66 % en Bretagne), et le fait qu'ils trouvent la charte d'adhésion trop complexe à renseigner ou le dossier médical trop lourd à renseigner (50 % des interviewés).