

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA
SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 85

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

Par

Valentine MAKSUTI
Née le 6 mai 1994 à Mulhouse

Situations complexes en médecine générale : connaissances, capacité
d'identification et critères de définition des médecins généralistes
installés en Alsace.

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRES
Directeur de thèse : Docteur Mathieu OBERLIN

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA
SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 85

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

Par

Valentine MAKSUTI
Née le 6 mai 1994 à Mulhouse

Situations complexes en médecine générale : connaissances, capacité
d'identification et critères de définition des médecins généralistes
installés en Alsace.

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRES
Directeur de thèse : Docteur Mathieu OBERLIN



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatologie-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Héléne	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / DTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANDW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVVS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pré Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCCQ Jehan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Haute pierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION.....	20
I, SITUATIONS COMPLEXES : ETAT DES LIEUX.....	20
A, <i>Situation complexe : définition</i>	20
1, Définition de la DGOS 2012.....	20
2, Définition de la HAS 2014.....	21
3, Point de vue de l'ARS Grand-Est.....	22
4, Les situations complexes à travers la littérature internationale.....	22
B, <i>Facteurs participant à la complexité en médecine générale</i>	23
1, Transition démographique et épidémiologique.....	23
a, Transition démographique.....	23
b, Transition épidémiologique.....	24
2, Inégalités en santé.....	25
a, Manque de professionnels de santé.....	25
b, Inégalités sociales et territoriales.....	26
c, Précarité sociale.....	27
d, Inégalités liées aux origines.....	29
3, Évolution de la relation médecin-patient.....	30
C, <i>Conséquences de l'augmentation des situations complexes</i>	31
1, Consommation de soins et dépenses de santé.....	31
2, Augmentation du temps de travail non médical pour les soignants.....	33
3, Risque de rupture de soins.....	34
D, <i>La réponse du système de santé français</i>	35
1, Système de santé français.....	35
2, Inégalités en santé : les solutions apportées par santé publique France.....	36
3, Réforme globale des soins de proximité.....	36
II, MEDECINE GENERALE ET COORDINATION DE SOINS.....	37
A, <i>Coordination de soin : cadre déontologique et légal</i>	37
1, Rôle et missions du médecin généraliste.....	37
2, Réformes du système de santé français et de la médecine générale.....	39
B, <i>Place du patient</i>	41
1, Évolution relation médecin patient : patient acteur de son parcours de soins.....	41
2, Patient en situation complexe.....	42
C, <i>Outils et plateformes d'aide à la coordination</i>	43
1, Outils et ressources d'aide à la coordination.....	43
a, Les outils de communication et d'information.....	43
i, Courrier et téléphone.....	43
ii, Les technologies de l'information et de la communication en santé (TIC).....	45
b, Les plateformes et programmes d'aide à la coordination.....	48
i, Dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes.....	48
ii, Coordination soins ville-hôpital.....	49
2, Les organisations de professionnels.....	49
a, Les centres de santé.....	50
b, Les maison de santé pluriprofessionnelles (MSP).....	50
c, Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	50
D, <i>Le projet régional de santé du Grand-Est 2018/2028</i>	51
III, OBJECTIF DE NOTRE ETUDE.....	53
MATERIEL ET METHODE.....	54
I, TYPE D'ETUDE.....	54
II, POPULATION CIBLE.....	54
III, CONCEPTION ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	54
A, <i>Contenu</i>	54
B, <i>Mise en forme et diffusion</i>	57
IV, RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.....	58
RESULTATS.....	59
I, NOMBRE DE REPONSES.....	59

II, CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	59
A, <i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	59
B, <i>Mode d'exercice</i>	60
C, <i>Estimation proportion patientèle en situation complexe</i>	61
1, Analyse descriptive.....	61
2, Analyse statistique en sous-groupes selon l'âge, le lieu et l'ancienneté d'installation.....	62
a, Selon l'âge.....	62
b, Selon le genre	62
c, Selon le lieu d'installation.....	63
d, Selon l'ancienneté d'installation.....	64
III, VIGNETTES CLINIQUES	65
A, <i>Analyse descriptive des réponses</i>	65
B, <i>Analyse statistique</i>	65
IV, CRITERES DE COMPLEXITE	66
V, REPNSES LIBRES	67
VI, DEFINITION SITUATION COMPLEXE	67
A, <i>Analyse descriptive</i>	68
B, <i>Analyse statistique en sous-groupes</i>	69
1, Connaissance de la définition HAS 2014.....	69
2, Connaissance définition situation complexe et identification patients vignettes cliniques.....	70
3, Accord avec la définition HAS.....	71
4, Estimation proportion patientèle complexe après lecture définition	73
DISCUSSION	75
I, DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE NOTRE ETUDE	75
A, <i>Connaissances, capacité d'identification et critères de définition</i>	75
1, Connaissances.....	75
2, Capacité d'identification.....	76
3, Critères de définition	77
B, <i>Proportion de patientèle estimée en situation complexe</i>	78
1, Étendue des valeurs d'estimation et valeur médiane	78
2, Influence de l'âge, du genre et du milieu d'exercice	80
II, DISCUSSION DE LA METHODE ET OUVERTURE	81
A, <i>Forces de l'étude</i>	81
B, <i>Limites de l'étude</i>	82
1, Type d'étude et puissance de l'étude	82
2, Biais de sélection	83
3, Biais de réponse	83
4, Population d'étude	84
CONCLUSION.....	86
ANNEXES	88
ANNEXE 1 : DEFINITION MEDECINE GENERALE WONCA EUROPE	88
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	90
ANNEXE 3 : REPNSES LIBRES	95
ANNEXE 4 : NIVEAU DE PREUVE ET GRADATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE	96
BIBLIOGRAPHIE.....	97

Liste des illustrations

Tableaux :

Tableau 1 : Effectifs et pourcentages des caractéristiques socio-démographiques.	59
Tableau 2 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon l'âge.	62
Tableau 3 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le genre.	62
Tableau 4 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le département d'installation.	63
Tableau 5 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le milieu d'exercice.	63
Tableau 6 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le mode d'exercice.	64
Tableau 7 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon l'ancienneté d'installation.	65
Tableau 8 : Effectifs et pourcentages réponses vignettes cliniques.	65
Tableau 9 : Répartition de la fréquence d'implication des critères listés dans la complexité de situations médicales.	67
Tableau 10 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon l'âge.	69
Tableau 11 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon l'ancienneté d'installation.	69
Tableau 12 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon le milieu d'exercice.	70
Tableau 13 : Répartition des réponses aux vignettes cliniques selon la connaissance ou non de la définition de la HAS 2014.	70
Tableau 14 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon l'âge.	71
Tableau 15 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon le milieu d'exercice.	72
Tableau 16 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon l'ancienneté d'installation.	72
Tableau 17 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le genre, après lecture définition HAS 2014.	73
Tableau 18 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le milieu d'exercice, après lecture définition HAS 2014.	74

Figures :

Figure 1 : Répartition des médecins répondants selon leur lieu d'exercice.	60
Figure 2 : Répartition des médecins répondants selon leur mode d'exercice.....	60
Figure 3 : Répartition des médecins répondants selon leur milieu d'exercice.	60
Figure 4 : Répartition des médecins répondants selon leur ancienneté d'installation.	61
Figure 5 : Répartition de la proportion de patientèle estimée en situation complexe.	61
Figure 6 : Répartition de la proportion de patientèle estimée en situation complexe à la lecture de la définition de la HAS 2014.	68

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée
 AME : Aide Médicale d'État
 ARS : Agence Régionale de Santé
 CARSAT : Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
 CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 CMU : Couverture Maladie Universelle
 CMU-c : Couverture Maladie Universelle - complémentaire
 CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie
 CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
 CSS : Complémentaire Santé Solidaire
 CTA : Coordinations Territoriales d'Appui
 DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
 DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
 DMP : Dossier Médical Partagé
 DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
 DCSi : Dépense Courante de Santé au sens international
 HAD : Hospitalisation à Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HPST (loi) : Hôpital Patients Santé Territoires
 INED : Institut National d'Études Démographiques
 IPA : Infirmier en Pratique Avancée
 MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
 MSU : Maître de Stage des Universités
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PRAG en Alsace : Plateforme du Réseau d'Appui aux médecins Généralistes
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des populations vulnérables
 PTA : Plateformes Territoriales d'Appui
 PUMA : Protection Universelle Maladie
 RSA : Revenu de Solidarité Active
 RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
 SAS : Service d'Accès aux Soins
 SRS : Schéma Régional de Santé
 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
 WONCA Europe : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors* = Organisation mondiale des médecins généralistes.

Introduction

I, Situations complexes : état des lieux

La notion de complexité établie par le dictionnaire Larousse caractérise ce qui comporte plusieurs parties ou plusieurs éléments combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement claire pour l'esprit, compliqué, difficile à comprendre.

Le mot complexité vient du latin *complexus* signifiant « ce qui est tissé ensemble » (1).

En philosophie, c'est à cette définition que fait écho le sociologue et théoricien français Edgar Morin. Selon lui, la complexité demande que l'on essaie de comprendre les relations entre le tout et les parties. Mais la connaissance des parties ne suffit pas à la connaissance du tout ; on doit faire un va-et-vient en boucle pour réunir la connaissance du tout et celle des parties.

Pour Edgar Morin, il faut relier l'objet au sujet et l'objet à son environnement (2).

A, Situation complexe : définition

1, Définition de la DGOS 2012

Dans son guide méthodologique de 2012, « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »(3), la Direction Générale de l'Offre de Soins propose de définir les situations complexes de la manière suivante :

> Complexité médicale :

- Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs Affections de Longue

Durée (ALD)

- Degré de sévérité des pathologies
- Équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique

> Complexité psycho-sociale : personne ayant un faible recours aux soins

- Isolement social, vulnérabilité sociale
- Pratiques de santé inadaptées
- Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs

Ainsi, il s'agit des situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. En pratique, et sans critère d'âge, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés.

2, Définition de la HAS 2014

Selon la Haute Autorité de Santé, le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel « la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards ».

Une situation complexe peut être définie comme « une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé.

Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours de soins » (4).

3, Point de vue de l'ARS Grand-Est

Le profil d'un patient en situation complexe du point de vue de l'Agence Régionale de Santé Grand-Est serait polypathologique, nécessitant des interventions multiples à domicile et présentant un enchevêtrement de problématiques médico-sociales.

Pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation complexe et éviter les ruptures de parcours, L'ARS Grand-Est répertorie les différents dispositifs venant en appui des professionnels de santé de premier recours (5).

4, Les situations complexes à travers la littérature internationale

Le concept de « situation complexe » est très largement utilisé dans différentes disciplines médicales et paramédicales, sa signification nécessite donc une définition bien établie.

La revue de la littérature internationale de Manning et Gagnon (6) repère une émergence de la terminologie « patient complexe » au milieu des années 1990. Jusqu'alors précédée de termes comme comorbidité, poly-morbide, polypathologique et pathologies chroniques multiples, cette terminologie inclut dorénavant une dimension sociale, économique et politique dans la santé.

La polypathologie ne définit plus une situation complexe mais en devient un facteur de complexité évoluant entre pathologie dominante ou chronique, pathologie aiguë et pathologie asymptomatique (7).

Le patient n'est plus seulement défini par ses (multiples) problèmes de santé, mais aussi par son environnement social, familial, l'accès aux soins et sa santé mentale. Il s'agit désormais d'élargir le champ de la santé au-delà de la simple physiologie du patient en voyant le patient comme une partie d'un système complexe.

La gestion de la complexité est une responsabilité partagée entre le patient et le système de santé. Les attentes et préférences du patient, ainsi que leur histoire personnelle, conditionnent leur choix de traitement, l'adhésion thérapeutique et leur perception de la santé (7).

Deux profils de patients en situation complexe se dessinent selon l'article de Grant publié en 2011 (8) : d'un côté les patients jeunes dont la complexité serait axée autour de la santé mentale ainsi que de la consommation de drogue et autres substances ; et de l'autre côté une patientèle plus âgée qui nécessite la prise de décision médicale parfois ardue ainsi qu'une coordination des soins.

B, Facteurs participant à la complexité en médecine générale

1, Transition démographique et épidémiologique

a, Transition démographique

Depuis 1950, l'espérance de vie à la naissance de la population française n'a globalement cessé d'augmenter : de 63,4 ans pour les hommes et de 69,2 ans pour les femmes en 1950, elle est passée respectivement à 79,3 ans et à 85,2 ans en 2022 (9).

Ce phénomène s'accompagne d'un vieillissement global de la population : au 1^{er} janvier 2021, 20,7% des 67,5 millions d'habitants en France étaient âgés de plus de 65ans, dont 3,4% de plus de 85ans. Si cette tendance démographique se poursuit, les projections de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) pour 2070 estiment une population à peine plus nombreuse qu'en 2021 mais plus âgée : 68 millions d'habitants dont la proportion des plus de 65ans passe à 28,9% avec 7,8% de français âgés de plus de 85ans (10).

Ce vieillissement global de la population résulte de la combinaison de deux facteurs : la baisse du taux de fécondité et l'allongement de durée de vie grâce aux progrès médicaux, sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux.

b, Transition épidémiologique

La transition épidémiologique vécue par la France est définie par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) comme une « période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique ». Elle se caractérise par une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation, de l'organisation des services de santé et par une transformation des causes de décès ; les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents (11).

Comme l'expose le professeur canadien A. P. Contandriopoulos, « quand une population vit plus longtemps cela ne veut pas dire que les individus sont moins malades. La longévité s'accompagne d'une transformation de l'incidence et de la prévalence des différents types de maladies et des causes de mortalité, pas de l'élimination de la maladie» (12).

Vivre le plus longtemps possible sans incapacité est par conséquent devenu un véritable enjeu de santé publique.

2, Inégalités en santé

La santé est un concept complexe dont la mesure dépend de nombreux facteurs individuels et collectifs. Le dossier de synthèse sur l'état de santé de la population en France publié par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2022 relève des inégalités sociales et territoriales de santé (13).

a, Manque de professionnels de santé

Alors que le nombre de médecins baisse fortement, l'accès aux soins pour tous et partout sur le territoire est devenue une vraie préoccupation pour les Français.

Beaucoup de praticiens arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite et les nouvelles générations ne sont pas assez nombreuses pour compenser ces départs : les effectifs ont ainsi baissé de 5,6 % entre 2012 et 2021 (14). Ce phénomène est notamment dû au niveau insuffisant du *numerus clausus* pendant les années 1990 (15).

Pour les patients, ceci se traduit par des difficultés croissantes à trouver un médecin traitant. Ceux qui en disposent voient les délais d'attente s'allonger pour obtenir un rendez-vous et les consultations sans rendez-vous sont parfois difficiles à obtenir.

Il semble important de souligner que les médecins généralistes libéraux expriment le même ressenti. En 2022, près de 80% des médecins généralistes libéraux jugent insuffisante

l'offre de médecine générale sur leur territoire d'exercice et 65 % déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53 % en 2019 (14).

A noter que 87 % des médecins généralistes déclarent, début 2022, rencontrer des difficultés à les orienter vers des confrères d'autres spécialités (contre 77 % en 2019).

Le constat est similaire pour les professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes...) avec 62 % des médecins indiquant en 2022 rencontrer des difficultés à orienter leurs patients vers ces professionnels.

Enfin, près de la moitié des médecins généralistes (47 %) déclarent être confrontés à des difficultés pour orienter leurs patients vers des services d'aide à domicile ou d'aide à la personne (14).

Près de trois médecins sur quatre anticipent une baisse, légère ou forte, de l'offre de soins dans leur territoire. Pour exercer dans des situations de tension entre offre et demande de soins, les médecins généralistes sont amenés à modifier et à adapter leur organisation et certaines de leurs pratiques comme refuser de nouveaux patients comme médecin traitant, augmenter les délais de rendez-vous ou encore voir moins fréquemment certains patients suivis régulièrement. L'exercice coordonné (en maison de santé pluriprofessionnelle ou équipes de soins primaires) semble propice à la délégation de certaines tâches. L'exercice dans ces structures semble faciliter l'adaptation de la pratique à la situation démographique (14).

b, Inégalités sociales et territoriales

Les inégalités apparaissent avant la naissance avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Les maladies chroniques, hormis certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus modestes et les décès arrivent plus tôt dans la vie.

Concernant la santé mentale, la qualité de vie et le handicap, les personnes les plus âgées et les plus modestes sont plus souvent négativement impactées.

Malgré une sédentarité généralisée, on constate chez les plus modestes une alimentation avec moins de fruits et légumes mais également plus d'obésité.

A noter que la part de personnes obèses diminue avec le niveau de diplôme et le milieu de vie.

Il existe également des inégalités de recours à la prévention. En effet un recours aux dépistages est plus fréquent parmi les catégories sociales plus aisées et les couvertures vaccinales sont souvent incomplètes et inégales dans les milieux modestes.

Des disparités sociales et territoriales d'accès aux soins peuvent se cumuler, particulièrement dans les zones de faible densité médicale avec un risque de renoncement aux soins accru pour les personnes les plus défavorisées (13).

c, Précarité sociale

Dans le contexte économique et géopolitique actuel, la France fait face à un élargissement et un approfondissement des situations de précarité.

La précarité est définie comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Les processus de précarisation s'accompagnent souvent d'une souffrance psychique et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé (16).

Le taux de pauvreté en France ne régresse pas et tend même à stagner depuis plusieurs années.

En 2019 on comptait 5 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté et 1,7 millions de personnes percevant le Revenu de Solidarité Active (RSA).

Fin 2022, il y avait environ 1,89 millions d'allocataires du RSA en France et 4,8 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon les données de l'Observatoire des inégalités (17).

Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la HAS publiait alors en 2020 deux enjeux nationaux majeurs : favoriser et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité d'une part et développer la prévention en simplifiant les parcours de soins et les démarches administratives d'autre part (18).

Il existe pourtant depuis la fin des années 1990, des dispositifs d'accès aux soins des plus démunis : PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) en 1998, CMU (Couverture Maladie Universelle) et AME (Aide Médicale d'État) en 1999 puis la CMU-c (CMU-

complémentaire) en 2000. La PUMA (Protection Universelle Maladie) vient remplacer la CMU en 2016 et la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) remplace la CMU-c en 2019.

d, Inégalités liées aux origines

En 2022, 7 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale ; 35 % d'entre eux ont acquis la nationalité française soit 2,5 millions de personnes.

Sur ces 7 millions d'immigrés, 48,2 % sont nés en Afrique et 32,3 % sont nés en Europe ; 51 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 (19).

La santé des immigrés est généralement meilleure à leur arrivée que celle des nationaux des pays dits d'accueil, mais elle se dégrade rapidement.

Les populations en migration portent en effet souvent des blessures relevant de la santé non pas physique mais psychique avec par exemple une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression (19).

Ces populations migrantes en situation de vulnérabilité, de précarité socio-économique avec des inégalités d'accès aux droits du travail sont plus touchées par le chômage, subissent des discriminations sur le marché du travail mais aussi des conditions de travail plus difficiles ; or l'influence du statut socio-économique sur la santé est largement démontrée.

Ces populations font également face à inégalités en santé liées aux origines : en effet l'état de santé des migrants dans le pays d'accueil est marqué par la situation économique, sanitaire et politique de leur pays d'origine mais aussi par les habitudes de soins et le style de vie lié à la culture du pays d'origine.

Ces populations rencontrent également des difficultés d'accès aux soins et sont par ailleurs fortement exposées aux violences. La moindre connaissance du système de santé, la moindre

maitrise de la langue, pouvant engendrer des difficultés de communication avec les professionnels de santé, conduisent à une réponse différenciée du système de soins face à leurs problèmes de santé (20).

Pour améliorer les conditions de vie des migrants et donc leur santé, il s'agirait d'agir à la fois sur les facteurs générateurs de vulnérabilité, le développement des ressources et compétences individuelles et collectives, mais aussi sur les modalités d'interventions auprès des migrants en termes de santé (21).

3, Évolution de la relation médecin-patient

L'évolution de la relation médecin-patient, passant d'un modèle paternaliste du « médecin qui décide » au modèle actuel en France de décision partagée (22), affirme l'autonomie du patient par le consentement aux soins, le droit à l'information claire et détaillée et le respect du refus de traitement.

Le patient devient alors acteur de sa santé et donc de sa prise en charge.

Les progrès des moyens de communication, des outils numériques ainsi que l'accès à l'information (notamment via Internet) permettent un accès rapide et facile au savoir médical qui s'y trouve souvent vulgarisé.

Ces outils renforcent certes la capacité d'autonomie du patient dans la prise en charge de sa santé, mais peuvent également le rendre plus critique et exigeant.

Cet accès libre au savoir médical engendre par ailleurs une majoration de l'automédication, de l'autodiagnostic en plus de l'intrusion de nombreuses autres sources d'informations

(entourage, médias, associations, réseaux sociaux...) plus ou moins fiables qui peuvent venir perturber l'équilibre entre soignant et soigné (23).

Les demandes des patients ont également évolué et deviennent plurielles. Elles ne concernent plus seulement des plaintes somatiques mais aussi des problématiques sociales, environnementales et/ou administratives.

Le médecin généraliste, devenu polyvalent, se doit de fournir une réponse globale aux besoins des patients aussi bien sur le plan préventif que curatif.

C, Conséquences de l'augmentation des situations complexes

1, Consommation de soins et dépenses de santé

Les transitions démographique et épidémiologique en plus des inégalités en santé mènent à une augmentation des patients en situation complexe, entraînant alors une hausse de la consommation de soins et des dépenses de santé notamment au titre des Affections Longues Durée (ALD).

Au sortir de trois années de crise sanitaire les dépenses de santé globales sont inévitablement à nuancer : le bilan établi par la DREES observe en effet un ralentissement des dépenses de santé en 2022, mesurées par la Dépense Courante de Santé au sens international (DCSi).

Celle-ci, comprenant la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) mais également les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé, s'élevait à 313,6 milliards d'euros, soit 4 600 euros par habitant en 2022.

Les dépenses de santé hors prévention et soins de longue durée (CSBM) s'élevaient à 235,8 milliards d'euros, soit 8,9 % du PIB, ce qui représente 3 475 euros dépensés en moyenne par an par habitant dont 250 euros de reste à charge. La France est le deuxième pays européen pour les dépenses de santé en part de PIB, après l'Allemagne (24).

Cependant, la croissance de la population, son vieillissement ainsi que le cumul d'ALD et leurs facteurs d'évolution (épidémiologie, évolution des coûts de santé...) contribuent à la hausse des dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des Affections de Longue Durée.

Selon les données de l'assurance maladie, les effectifs totaux des patients bénéficiaires d'une (ou plusieurs) ALD n'ont fait qu'augmenter au cours des dix dernières années. En effet, l'effectif de patients en ALD (tout type d'ALD confondu) passe de 9 327 370 en 2011 à 12 130 850 en 2021 avec un ratio homme/femme stable (environ 51% de femmes) et un âge moyen stable de 63ans (25-26).

Il en va de même pour la croissance du nombre de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidarité (CSS) favorisant l'accès aux soins des plus modestes.

Fin 2020, 7,2 millions de personnes étaient couvertes par la CSS dont 5,9 millions sans participation financière et 1,3 million avec.

En décembre 2022, la CSS procurait une couverture santé complémentaires à 7,4 millions de personnes au sein de foyers modestes. Cette augmentation s'explique par un élargissement progressif des personnes éligibles ainsi que des mesures de simplification des démarches (27).

Cette dynamique de croissance se poursuit concernant la consommation de soins hospitaliers (publics et privés), augmentant fortement en valeur pour la troisième année

consécutive (+4,3 % en 2022 après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020). En 2020 et 2021, ce dynamisme s'expliquait par la hausse des rémunérations des personnels et par les surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19.

À l'hôpital public, la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire est plus que compensée en 2022 par la hausse des salaires, du fait de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et les mesures exceptionnelles de soutien à l'attractivité dans le secteur public (24).

2, Augmentation du temps de travail non médical pour les soignants

L'augmentation du temps de travail administratif au détriment du temps médical est malheureusement une réalité à laquelle les médecins généralistes sont confrontés au quotidien.

La gestion des patients en situation complexe ainsi que la coordination de leur parcours de soins, tâches inerrantes au rôle de médecin généraliste mais compliquées par le fonctionnement administratif du système de santé, peuvent être chronophages et rajouter une charge de travail non médicale conséquente.

En effet comme l'expose Quentin Alepee dans son travail de thèse portant sur le temps de travail administratif en médecine générale libérale (28), ce temps dédié aux activités non liées directement aux soins se partage entre tâches médico-légales et sociales, la gestion d'un cabinet médical, la tenue des dossiers médicaux, les demandes des patients hors consultation ainsi que le temps de communication avec les spécialistes et/ou structures de soins.

Il se pose alors la question de réduction du temps de travail administratif et surtout de « l'amélioration du vécu de ces taches, [ce qui] préviendrait le burn-out dans une profession reconnue à risque. »

En conclusion de son travail de thèse, Q. Alepee envisage plusieurs solutions comme la formation des étudiants en médecine à la gestion des tâches administratives, privilégier un exercice en cabinet de groupe, savoir/pouvoir déléguer certaines tâches, posséder un logiciel de santé fonctionnel avec une formation dédiée, une bonne organisation des dossiers médicaux avec la rédaction de courriers modèles, l'éducation de la patientèle ainsi qu'un temps de consultation dédié aux demandes non directement liées au soins médicaux.

La réalité de cette charge administrative est confirmée par la volonté du ministre de la santé et de la prévention de 2022 à 2023, François Braun, de la mise en œuvre de nouvelles mesures « visant à faciliter l'exercice quotidien des médecins libéraux, au bénéfice du soin de la population ».

Ces mesures proposées début 2023 pour « réduire substantiellement les tâches administratives des médecins » comportent notamment une clarification des règles concernant les certificats médicaux, une transmission dématérialisée des pièces justificatives à l'assurance maladie, l'application carte vitale sur smartphone ou encore une facilitation de la gestion administrative des patients en ALD.

Ces mesures visent également l'intégration des outils du numérique en santé dans la pratique quotidienne des médecins ou encore à fluidifier les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux (29).

3, Risque de rupture de soins

La multiplicité des acteurs et des structures de soins, leur manque de coordination, ainsi que le défaut d'anticipation face à certaines situations peuvent être à l'origine de ruptures dans les parcours des patients les plus fragiles.

La notion de parcours de soins coordonnés avec le médecin traitant pour chef d'orchestre tend à décloisonner le système de santé et surtout centrer le projet de soins sur le patient, son histoire personnelle et son environnement de vie. Cette gestion du parcours de soins repose sur une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : la coopération entre professionnels de santé devient alors une nécessité (30).

D, La réponse du système de santé français

1, Système de santé français

Le système de santé français est financé par l'assurance maladie qui couvre le risque maladie et professionnel et assure le remboursement des dépenses de santé.

Au niveau régional, l'Agence Régionale de Santé (ARS), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Caisses d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) ont pour objectifs de lutter contre les inégalités, améliorer la répartition locale de l'offre de soins et médico-sociale, et de mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux.

Au niveau local, les structures, les établissements et les professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS pour permettre des soins primaires dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients ; des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée (31).

En France, le système de santé et médico-social se compose de structures de villes, d'établissements hospitaliers et d'établissements médico-sociaux.

Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence de soins.

C'est l'objectif des parcours de santé, de soins, de vie, prenant le patient ou le résident dans sa globalité (32).

2, Inégalités en santé : les solutions apportées par santé publique France

Santé publique France déploie un programme à l'échelle des territoires y compris des départements et régions d'outre-mer, dédié aux inégalités sociales et territoriales de santé. Il a pour objectifs de mieux mesurer et comprendre les effets des inégalités sociales de santé sur la santé des Français et de mettre à disposition des acteurs de santé des outils permettant de les réduire et proposer des actions efficaces.

Cette action vise à intégrer les déterminants sociaux dans les programmes de surveillance, les enquêtes et évaluations.

Elle vise aussi à concevoir et adapter les actions de prévention et de promotion de la santé selon le gradient social (33).

3, Réforme globale des soins de proximité

Pour remédier à la forte baisse du nombre de médecins, une réforme globale des soins de proximité a été prévue. La stratégie « Ma Santé 2022 » propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Cette politique s'appuie sur la mobilisation des acteurs de terrain, incitant les médecins à s'installer dans les déserts médicaux, à développer de nouvelles formes d'exercice libéral ainsi

qu'à libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé et de nouvelles fonctions (assistants médicaux, infirmier en pratique avancée, etc.) (15-34).

II, Médecine générale et coordination de soins

Comme évoqué précédemment, la prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des patients en situation complexe nécessite une coordination des soins dans l'objectif de recentrer le parcours de soins sur le patient. Cette fonction de coordination entre tous les acteurs de soins est exercée principalement par le médecin généraliste. En effet ce rôle de gestionnaire, de coordonnateur de soins se retrouve dès les premières définitions de la médecine générale.

A, Coordination de soin : cadre déontologique et légal

1, Rôle et missions du médecin généraliste

La coordination de soins est un des fondements de la médecine générale. Ce principe de gestion, de coordination de la santé du patient pris en charge dans sa globalité se retrouve dans les premières définitions de la médecine générale.

La définition de la médecine générale établie par le groupe Leeuwenhorst en 1974 (35) ainsi que celles de la WONCA de 1991 puis celle d'Olesen en 2000 exposent toutes trois différents piliers caractérisant la discipline (36).

En effet, la médecine générale (également appelée médecine de famille) est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires personnalisés et continus d'un système de santé. Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité, indépendamment du type

de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales ; il dispense ses soins en incluant et gérant des facteurs physiques, psychologiques, socio-économiques et culturels.

Il pratique la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux si nécessaire et organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients.

Enfin, la médecine générale couvre de multiples domaines tels que la prévention, le diagnostic, les soins à visée curative et palliative, l'accompagnement, l'éducation mais également la promotion de la santé.

La WONCA Europe (Organisation mondiale des médecins généralistes) propose en 2002 une définition européenne de la discipline de médecine générale ainsi qu'une description des compétences essentielles requises pour un médecin généraliste (36).

Cette définition liste onze caractéristiques de la discipline de la médecine générale (Annexe1) dont six compétences fondamentales du médecin généraliste qui en découlent. Le médecin généraliste applique ces compétences dans trois domaines d'activité : la démarche clinique, la communication avec le patient ainsi que la gestion du cabinet médical.

Enfin, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales à la médecine générale, discipline scientifique centrée sur la personne : les dimensions contextuelle, comportementale et scientifique.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

Cette fonction de coordination du parcours de soins par le médecin généraliste se retrouve dès les premières définitions de la discipline mais est également établit par un texte de loi.

La coordination des soins se définit comme « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi ».

Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » (3).

Du point de vue de la législation, le rôle et les missions du médecin généraliste incluant également la notion d'orientation des patients dans le système de santé, l'application de protocoles individualisés en coopération avec les autres professionnels de santé, la notion de synthèse des informations médicales en plus de celle de coordination de soin, sont définis dans le code de la santé publique par l'article Article L4130-1 du 28 janvier 2016 (37).

2, Réformes du système de santé français et de la médecine générale

Le statut, le rôle et les missions du médecin généraliste se sont construits et ont évolué à travers les différentes réformes du système de santé français.

La loi médecin traitant et parcours de soins coordonnés dite loi « Douste-Blazy » de 2004 introduit la fonction de médecin traitant et instaure le Dossier Médical Partagé (DMP) (38).

La loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 dite loi « Bachelot » avait pour but de réorganiser et moderniser le système de santé français. Dans un objectif de simplification et de décloisonnement des compétences et des autorités publiques, la loi HPST a créé

les Agences Régionales de Santé (ARS), interlocuteur régional unique, qui se sont alors substituées à sept services de l'État et de l'Assurance maladie (39).

Cette loi de 2009 réaffirme le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge de premier recours des patients et la coordination de soins. Les missions du médecin traitant sont multiples : il oriente le patient dans le système de soins et le secteur médico-social, il coordonne les soins et exerce aussi des actions de prévention, de dépistage et prodigue l'éducation à la santé.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 dite loi « Touraine » introduit la généralisation du tiers payant ainsi que la mise en place d'un schéma régional de santé unique (40).

La loi « Buzyn » de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé réforme les études de santé et promeut le développement du numérique en santé (41).

La loi Ségur dite « première loi Rist » de 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification permet un élargissement du dispositif des protocoles de coopération et des compétences de certains professionnels de santé (possibilité de prescription pour les sages femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes) et établit le Service d'Accès aux Soins (SAS) (42).

La « seconde loi Rist » de 2023 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé introduit un accès direct aux Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes.

Elle permet un élargissement des compétences de plusieurs professions paramédicales avec notamment le droit à la prescription et appui la reconnaissance d'une responsabilité collective de permanence des soins pour les professionnels de santé libéraux (43).

B, Place du patient

1, Évolution relation médecin - patient : patient acteur de son parcours de soins

L'évolution de la relation médecin - patient vers le modèle de décision partagée, comme évoqué précédemment, renforce le rôle du patient ainsi que sa place dans son parcours de soins. Face à une aspiration croissante des patients à plus d'autonomie dans la gestion de leur santé, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, affirme les droits individuels et collectifs des patients avec une affirmation particulière de leur rôle dans la prise en charge de leur santé (44). Celle-ci appuie leur capacité d'orienter leur propre prise en charge grâce à leur expérience et connaissance de la maladie chronique permettant la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé, faisant en quelque sorte du patient un co-décidant.

L'empowerment du patient est un moyen de donner aux patients le contrôle sur leur propre santé. La maîtrise du savoir par le patient, la reconnaissance de ses capacités et de son autonomie par l'équipe soignante donnent lieu à des nouveaux rapports soignants-soignés collaborateurs, renforçant ainsi l'adhésion thérapeutique (45).

La connaissance de la maladie par l'expérience de celle-ci, renforcée par l'accès à l'information médicale illimitée et souvent vulgarisée via internet, les réseaux sociaux, les livres et magazines ainsi qu'au travers d'associations rend le patient plus informé mais aussi plus critique.

Ce savoir acquis renforce l'autonomie du patient ainsi que sa capacité de décision mais ces informations peuvent cependant être source d'erreur, d'interprétation ou de mauvaise compréhension entravant dès lors ce partenariat médecin - patient (23).

2, Patient en situation complexe

L'identification du patient en situation complexe mène ainsi à une nouvelle forme de médecine, où une intelligence collective faite de médecins, soignants et proches définit un nouvel itinéraire inspiré par la singularité de celui-ci (46).

La prise en charge globale du patient en situation complexe implique la considération de son parcours personnel, médical ainsi que son environnement de vie.

Les attentes et préférences du patient conditionnent leur choix de traitement, l'adhésion thérapeutique et leur perception de la santé (7).

L'entourage familial et particulièrement l'aidant principal des patients les plus fragiles ainsi que ceux en perte d'autonomie, peuvent devenir à leur tour co-gérant de la santé de leur proche. Leur rôle au quotidien, la gestion des intervenant à domicile mais aussi des rendez-vous médicaux les placent en interlocuteur de choix auprès du corps médical et plus particulièrement du médecin coordonnant le parcours de soins (47).

Finalement, si l'entourage familial du patient en situation complexe en perte d'autonomie est défaillant ou absent, le médecin généraliste reprend pleinement sa fonction de coordonnateur de soins, accompagné des acteurs de santé médicaux et sociaux.

La gestion de ces situations complexes peut alors nécessiter un appui à la coordination de soins.

C, Outils et plateformes d'aide à la coordination

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (37). Elle lui confère donc un rôle de pivot dans l'organisation de l'offre de soins.

Plusieurs outils et ressources d'aides à la coordination, ainsi qu'une organisation de professionnels en exercice groupé et coordonné, sont des facteurs favorables à la mise en pratique de ce rôle de coordonnateur de parcours de soins.

Pour une grande majorité des cas, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système de santé est directement fournie par le médecin généraliste ou l'équipe de premier recours, qui connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale.

Mais pour les patients en situation complexe nécessitant une diversité d'intervenants (sanitaires, sociaux, médico-sociaux...) le médecin généraliste peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions) (3).

1, Outils et ressources d'aide à la coordination

a, Les outils de communication et d'information

i, Courrier et téléphone

La communication par courrier papier entre professionnels de santé reste un moyen d'échange et de transmission d'informations privilégié assurant la continuité des soins.

Parfois transmis par voie postale, il peut être transmis par messagerie sécurisée mais est le plus souvent remis au médecin traitant par le patient lui-même après sa sortie d'hospitalisation ou sa consultation médicale (48).

Sur le plan légal, le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison précise que « le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention ».

Mais également que « lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins [...] qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises » (49).

La lettre de liaison est un document clé de la transmission d'informations concernant un patient entre les professionnels de santé de ville et ceux exerçant en établissement de santé.

Elle prend le relais de deux documents : compte rendu d'hospitalisation et courrier de sortie. L'objectif est de garantir la sécurité et la continuité de la prise en charge à chaque étape du parcours du patient entre la ville et l'hôpital (48).

L'usage du téléphone tient également une place implorante dans la communication entre professionnels de santé ; la communication par téléphone permettant un accès direct et immédiat à l'information médicale. Très utile dans le contexte de l'urgence, pour orienter un

patient vers un confrère spécialiste, un établissement de santé ou pour obtenir une conduite à tenir sur avis spécialisé.

L'appel téléphonique permet également de joindre directement les professionnels paramédicaux de ville ou intervenant au domicile des patients, de discuter des soins ou de transmettre de nouvelles informations permettant d'adapter la prise en charge du patient quasi-instantanément. L'outil téléphonique est majoritairement utilisé en l'absence d'outil sécurisé dédié (50).

ii, Les Technologies de l'Information et de la Communication en santé (TIC)

Le domaine des TIC englobe l'ensemble des technologies permettant de créer, d'interagir ou de partager de l'information ou des opinions de façon électronique sous forme de texte, d'audio, de photos ou de vidéos. La communication est souvent plus simple et plus rapide et elle peut se faire avec plusieurs personnes à la fois (51).

Pour commencer, l'utilisation d'un smartphone permet l'échange de messages écrits mais également de contenus visuels tels que des photographies ou vidéos ainsi qu'un accès à internet et à de multiples applications.

Selon le 4ème baromètre VIDAL réalisé en 2016, 85% des médecins interrogés possèdent un smartphone et 60% d'entre eux possèdent un iPhone. La plupart des médecins interrogés surfent sur internet sur leur smartphone, que ce soit en consultation au cabinet ou en visite. Les principaux sites consultés sont des sites d'actualité médicale, de base de données médicamenteuses ainsi que les sites des institutions. Plus de la moitié des médecins interrogés utilisent également des applications médicales, principalement des bases de données médicamenteuses et d'aide à la prescription (52).

De plus, avec l'évolution des nouvelles technologies, les échanges entre professionnels de santé ont évolué et se font de plus en plus souvent par voie dématérialisée.

L'utilisation d'un système de messagerie sécurisée rend l'échange d'email plus sûr, plus simple, tout en protégeant la responsabilité des professionnels de santé. Cela préserve également les données du patient dans le respect du secret médical, cadre posé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et le code de la santé publique, encadrant l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) (53) ainsi que leur hébergement (article L1111-8 du code de la santé publique) (54).

L'Agence du numérique en santé du ministère de la Santé et de la prévention encadre ces échanges par le dispositif MSSanté. L'Agence du numérique en santé maintient et met à disposition une liste d'opérateurs de messageries sécurisées satisfaisant les critères de conformité établis au niveau national dans le référentiel MSSanté.

Les échanges d'informations et données de santé (compte-rendu de consultation spécialisée, compte-rendu d'hospitalisation, résultats d'examen complémentaires...) peuvent alors s'effectuer très rapidement, en toute sécurité (55).

En outre, le service DMP (Dossier Médical Partagé), instauré par la loi du 26/01/2016 de modernisation du système de santé français, est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients.

Le DMP est un service qui permet de retrouver l'ensemble des informations médicales d'un patient qui y ont été déposées par les différents professionnels de santé ou le patient lui-même (traitements médicamenteux, pathologies et allergies, comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation, résultats d'examen, historique de remboursements...).

Le DMP est au service de la coordination des soins et offre aux professionnels de santé la possibilité d'accéder à une information beaucoup plus complète sur leurs patients. Son utilisation est donc de nature à sécuriser et à renforcer davantage la prise de décision médicale ou l'orientation des soins (56).

Lancé en février 2022, « Mon espace santé » est un service numérique proposé par le ministère de la Santé et de la prévention et l'Assurance Maladie, destiné uniquement aux patients, pour leur permettre d'accéder plus facilement à leurs données de santé.

Le DMP reste le point d'entrée des professionnels de santé pour alimenter et consulter les dossiers médicaux partagés de leurs patients. Tous les documents ajoutés dans les DMP des patients sont automatiquement visibles par ces derniers dans leurs profils « Mon espace santé » (57).

Enfin, la télémédecine englobant la téléconsultation, la téléexpertise et la télésurveillance s'est développée de manière importante ces dernières années sous l'impulsion du développement de l'usage du numérique en santé.

La téléconsultation réalisée par un médecin à distance du patient doit être faite via une liaison vidéo sécurisée afin de garantir la qualité des échanges ainsi que la protection des données médicales confidentielles.

La téléconsultation s'inscrit dans le respect du parcours de soins coordonné, ce qui suppose une orientation initiale du patient par son médecin traitant vers le médecin téléconsultant. Cependant, des exceptions spécifiques au recours à la téléconsultation permettent de tenir compte des difficultés d'accès aux soins (58-59).

La téléexpertise permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un médecin en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base

d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient. Ceci permet donc d'obtenir un avis spécialisé dans les meilleurs délais, sans contrainte de déplacement permettant dès lors une prise en charge optimisée pour le patient.

Enfin, la télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé (58).

La télésurveillance permet d'adapter la prise en charge au plus tôt et de mieux suivre l'évolution de la maladie. Par ailleurs, elle renforce la coordination des différents professionnels de santé autour du patient et vise l'amélioration de la qualité de vie par la prévention des complications et une prise en charge au plus près du lieu de vie (60).

L'utilisation de ces outils de communication, principalement dématérialisés doivent se faire dans le respect du secret médical et du consentement du patient tout en garantissant la sécurité de transmission des informations médicales. C'est en effet ce qu'encourage le ministère de la santé et de la prévention par le SEGUR du numérique (61).

b, Les plateformes et programmes d'aide à la coordination

i, Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) vient prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes.

Ce dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes intègre depuis juillet 2022 l'ensemble des dispositifs de coordination existant intervenant alors sur des problématiques différentes. Cela concerne les réseaux de santé, les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), les Plateformes Territoriales

d'Appui (PTA) et plus particulièrement la plateforme territoriale PRAG en Alsace (Plateforme du Réseau d'Appui aux médecins Généralistes), ainsi que les Coordinations Territoriales d'Appui (CTA).

Celui-ci est défini localement en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante.

Il permet d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne ou la complexité de son parcours de santé.

Le DAC peut également répondre aux demandes des patients et de leurs aidants et ainsi faciliter leur parcours en apportant une réponse coordonnée à l'ensemble de leurs besoins (5-62).

ii, Coordination soins ville-hôpital

La coordination de soins ville-hôpital peut être encadrée et facilitée par certains services comme le service PRADO qui a été conçu pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville (PRADO-AVC, PRADO BPCO...) ou encore le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui a pour but de raccourcir un séjour à l'hôpital ou même de l'éviter (63-64).

Enfin le service d'accompagnement SOPHIA créé par l'Assurance Maladie pour accompagner les malades chroniques souffrant de diabète ou asthme vient en soutien du suivi médical du patient (65).

2, Les organisations de professionnels

Regrouper les professionnels de santé en structure de soins permet un mode d'exercice collectif facilitant la coordination de soin ainsi que le parcours de santé du patient.

a, Les centres de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils peuvent être pluriprofessionnels ou spécialisés.

Les centres de santé doivent proposer des parcours de soin coordonnés (logiciel médical commun et partagé, réunions pluriprofessionnelles, protocoles de soins, partenariats avec les acteurs de santé du territoire, etc.), offrant ainsi de nombreux avantages pour les patients, notamment une meilleure prise en charge et un parcours de soins facilité (66).

b, Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif (67).

Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles constituées de professionnels médicaux et paramédicaux qui doivent proposer des parcours de soin coordonnés.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles permettent d'optimiser le parcours de soin du patient en facilitant les échanges entre les divers professionnels de santé travaillant de manière coordonnée (68).

c, Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupent l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé commun. Souvent créées à l'initiative des professionnels de santé libéraux, les CPTS visent à répondre aux problématiques de santé sur le territoire concerné.

Ainsi, le périmètre géographique est défini par les professionnels de santé en fonction des besoins de santé d'une population et non d'un découpage administratif.

L'objectif principal est le décloisonnement et la réorganisation des soins autour du patient.

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner (organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile).

Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient.

(69).

D, Le projet régional de santé du Grand-Est 2018/2028

Le projet régional de santé du Grand-Est 2018/2028 constitue une feuille de route pour la politique de santé régionale sur dix années. Le 31 octobre 2023, l'ARS Grand Est a adopté les nouveaux Schéma Régional de Santé (SRS) et Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des populations vulnérables (PRAPS) 2023-2028.

La région Grand Est doit faire face à des défis majeurs en matière de santé avec une population vieillissante, une forte augmentation de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030 en plus de l'accroissement des maladies chroniques (affections cardiaques, AVC, diabète, Alzheimer...) mais également une situation sociale plus défavorisée dans les grandes villes et les territoires ruraux auxquels s'ajoutent des inégalités d'accès à l'offre de santé.

Pour y répondre, le projet régional de santé du Grand-Est s'organise autour de sept axes stratégiques : prévention et la promotion de la santé, renforcement de l'offre de soins de proximité, adaptation de la politique de ressources humaines en santé, évolution du système de santé dans une logique de parcours, amélioration de l'accès aux soins et l'autonomie des personnes les plus fragiles dans une logique inclusive et enfin le développement des actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins ainsi qu'une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé.

Le Schéma Régional de Santé répond à des enjeux majeurs de santé publique, de résilience et de soutenabilité de notre système de santé : adaptation du système de santé au changement climatique, prévention et promotion de la santé auprès des plus jeunes (0 à 16ans) et de leurs parents, préservation de l'autonomie à tous les âges, améliorer, structurer et faciliter les parcours de santé dans le territoire.

Le SRS présente également les conditions et les leviers de réussite, l'organisation de l'offre de santé (médecine de ville, sanitaire, médico-sociale), la coopération transfrontalière et le pilotage du projet régional de santé.

Ces priorités s'inscrivent aussi dans des évolutions de l'organisation de l'offre de santé, y compris dans leur dimension transfrontalière. L'attractivité de la formation aux métiers de la santé, l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants, la coordination des professionnels de santé seront au cœur de l'action de l'ARS Grand-Est et de ses partenaires pour fidéliser les professionnels de santé et pour renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge (70).

III, Objectif de notre étude

L'accroissement du nombre de patients en situation complexe pris en charge quotidiennement en médecine générale nécessite une définition claire et partagée de tous pour optimiser leur parcours de soins.

Notre travail d'étude a pour objectif principal d'évaluer ce que représente un patient en situation complexe pour les médecins généralistes installés en Alsace en évaluant leurs connaissances, leur capacité d'identification mais également leurs critères de définition d'une situation complexe.

L'objectif secondaire de notre travail est d'analyser certaines données en fonction des caractéristiques socio-démographiques, du lieu et de l'ancienneté d'installation de notre population d'étude.

Matériel et méthode

I, Type d'étude

L'étude quantitative que nous avons menée était une étude transversale, descriptive dont le recueil de données concernant la définition d'une situation complexe en médecine générale a été effectué sur un mode déclaratif, au moyen d'un questionnaire en ligne.

II, Population cible

La population cible de notre étude était les médecins généralistes installés en Alsace.

III, Conception et diffusion du questionnaire

La conception du questionnaire (Annexe2) s'est établie sur les différentes définitions disponibles d'une situation complexe en médecine et notamment leurs différents critères collectés au décours de recherches bibliographiques.

A, Contenu

Afin de mieux caractériser notre population d'étude nous avons tout d'abord recueilli leurs données sociodémographiques notamment leur âge, genre, lieu d'exercice, mode d'exercice et ancienneté d'installation ainsi que la proportion de leur patientèle estimée en situation complexe.

Leurs capacités de reconnaissance et d'identification d'un patient en situation complexe ont été testées à l'aide de trois vignettes cliniques basées sur les critères définissant une situation complexe et conçues en concertation avec le directeur de thèse.

Il a été demandé aux médecins répondants d'évaluer si celles-ci représentaient ou non un patient en situation complexe.

Vignette clinique n°1 :

Patient de 50ans, architecte, insuffisant cardiaque avec d'importants œdèmes des membres inférieurs, greffé rénal et porteur d'une maladie de Crohn, vivant avec son épouse et leurs deux enfants, consulte son médecin traitant tous les mois pour la réévaluation de son lourd traitement médicamenteux.

Cette vignette clinique décrivait un patient au parcours médical lourd mais avec une situation socio-professionnelle tout à fait favorable à sa santé ainsi qu'un suivi médical régulier ; elle ne correspondait donc pas à un patient en situation complexe.

Vignette clinique n°2 :

Patient de 45ans, sans emploi, ayant pour antécédent une hypertension artérielle, un diabète de type 2 et un alcoolisme non sevré, vivant seul, sans famille proche, se présente en consultation à la demande de l'infirmière qui passe toutes les semaines à son domicile, pour adaptation de son traitement devant un diabète non équilibré.

Cette vignette clinique combinait des facteurs médicaux, socio-économiques et addictologiques représentant un patient en situation complexe.

Vignette clinique n°3 :

Patient de 55ans, routier, ayant pour antécédent un diabète de type 1, un tabagisme actif estimé à 30PA et une broncho-pneumopathie chronique obstructive, vivant avec son épouse atteinte d'un cancer de l'ovaire et leurs deux enfants dans un logement social, consulte rarement son médecin traitant et ne prend pas correctement ses traitements. Il a déjà été hospitalisé à plusieurs reprises pour acidocétose.

Cette vignette clinique associait plusieurs facteurs médicaux à des facteurs socio-économiques, environnementaux, pourvoyeurs de complexité ; elle représentait donc un patient en situation complexe.

Puis nous avons cherché à affiner ce que représente et définit un patient en situation complexe pour notre population cible. Pour cela nous avons listé vingt-trois critères, issus de recherches bibliographiques, dont l'implication dans la complexité d'une situation en médecine générale devait être évaluée selon quatre critères de fréquence (jamais, rarement, régulièrement, tout le temps).

De plus, il a été demandé aux répondants si d'après leur expérience personnelle d'autres facteurs non cités dans notre questionnaire participaient en pratique à la complexité d'une situation médicale. Il s'agissait d'un espace de réponse libre.

Le questionnaire se terminait avec la présentation de la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 dans sa note méthodologique (4) que nous avons choisie comme référence, dont la connaissance ainsi que le niveau d'adhésion (« Tout à fait d'accord »,

« Plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « Pas d'accord du tout ») de notre population d'étude étaient interrogés.

Finalement, il a été demandé aux médecins répondants de réestimer, à la lecture de cette définition, la proportion de leur patientèle en situation complexe.

B, Mise en forme et diffusion

Ce questionnaire, initialement élaboré sur un document Word, a été mis en forme sur l'outil Google Forms permettant ainsi une diffusion par voie électronique à la population cible. Les données ont été recueillies de manière anonyme et confidentielle sur la base du volontariat et sur un mode déclaratif. Aucune démarche particulière auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été nécessaire pour sa diffusion.

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique par l'intermédiaire de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) – Médecins Libéraux du Grand-Est.

Il a également été transmis aux maîtres de stage des universités (MSU) de médecine générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg via la liste de diffusion du bureau de la scolarité de la faculté.

La transmission indirecte de notre questionnaire via des intermédiaires, à défaut d'avoir pu accéder directement aux coordonnées des médecins généralistes installés en Alsace, implique que nous ne connaissions pas le nombre exact de médecins destinataires de notre questionnaire.

Enfin, il a été transmis à quelques contacts personnels par messagerie électronique mais également publié sur un groupe Facebook[©] de médecins généralistes installés cherchant des médecins remplaçants en Alsace.

IV, Recueil et analyse des données

Les données de notre étude ont été recueillies du 15 juin 2023 au 30 octobre 2023.

Les résultats ont été analysés à l'aide de Google Forms, Google Sheets ainsi que de Microsoft Excel.

L'analyse descriptive des données globales a permis d'évaluer les connaissances, la capacité d'identification ainsi que les critères de définition d'une situation complexe de notre population d'étude.

Afin d'analyser la capacité des médecins répondants à identifier un patient en situation complexe, la sensibilité ainsi que la spécificité de leur évaluation ont été calculées.

L'hypothèse d'une variation des réponses en fonction des caractéristiques socio-démographiques, du lieu et de l'ancienneté d'installation a été évaluée à l'aide du test du Khi-deux d'indépendance. Pour ce faire, nous avons distingué deux populations de médecins généralistes : ceux qui estimaient la proportion de leur patientèle en situation complexe plus faible que la médiane et ceux qui la considéraient égale ou supérieure à la médiane.

Nous avons également utilisé le test du Khi-deux d'indépendance pour évaluer l'hypothèse d'une variation de la capacité d'identification d'un patient en situation complexe selon la connaissance ou non de la définition d'une situation complexe établie par la HAS dans sa note méthodologique de 2014.

Les formules ont été établies à partir du logiciel Microsoft Excel. Une p-valeur inférieure à 0,05 a été retenue comme statistiquement significative.

Résultats

I, Nombre de réponses

Sur 2947 médecins inscrit à l'ordre des médecins en Alsace en 2023, nous avons obtenu un total de 89 réponses à notre questionnaire ; 5 réponses de médecins installés hors Alsace ont été exclues des analyses (médecins généralistes installés en dehors du territoire alsacien : un médecin à la Réunion, deux médecins en Meurthe-et-Moselle, un médecin en Meuse ainsi qu'un médecin en Moselle).

La population étudiée était donc composée de 84 médecins généralistes installés en Alsace.

II, Caractéristiques de la population étudiée

A, Caractéristiques socio-démographiques

<i>Caractéristiques</i>		Effectif n (%)
<i>Genre</i>	Femme	48 (57,1%)
	Homme	36 (42,9%)
<i>Âge</i>	< 30ans	4 (4,8%)
	30 – 39 ans	27 (32,1%)
	40 – 49ans	17 (20,2%)
	50 – 59ans	19 (22,6%)
	> 60ans	17 (20,2%)

Tableau 1 : Effectifs et pourcentages des caractéristiques socio-démographiques.

La tranche d'âge médiane était celle des 40-49ans.

B, Mode d'exercice

Département :

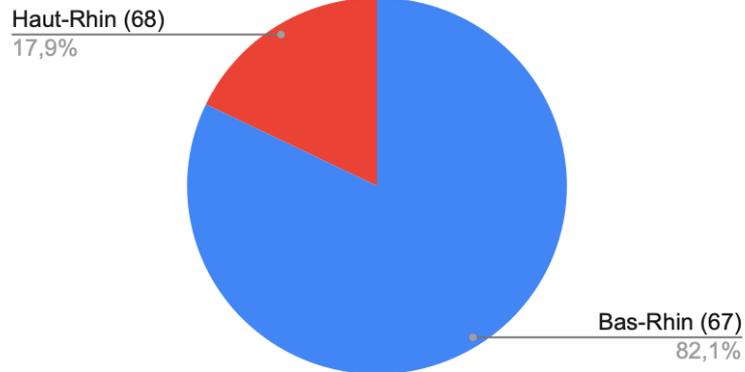


Figure 1 : Répartition des médecins répondants selon leur lieu d'exercice.

Mode d'exercice :

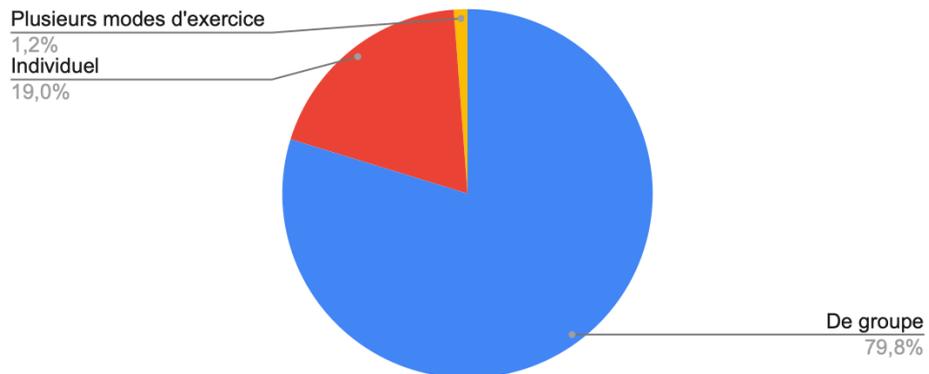


Figure 2 : Répartition des médecins répondants selon leur mode d'exercice.

Milieu d'exercice :

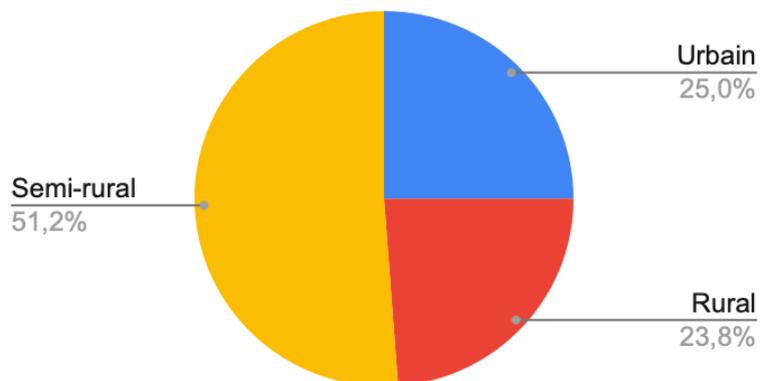


Figure 3 : Répartition des médecins répondants selon leur milieu d'exercice.

Ancienneté d'installation :

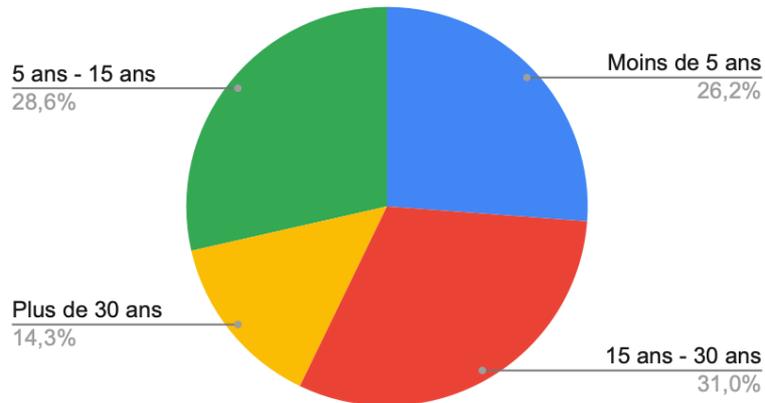


Figure 4 : Répartition des médecins répondants selon leur ancienneté d'installation.

C, Estimation proportion patientèle en situation complexe

1, Analyse descriptive

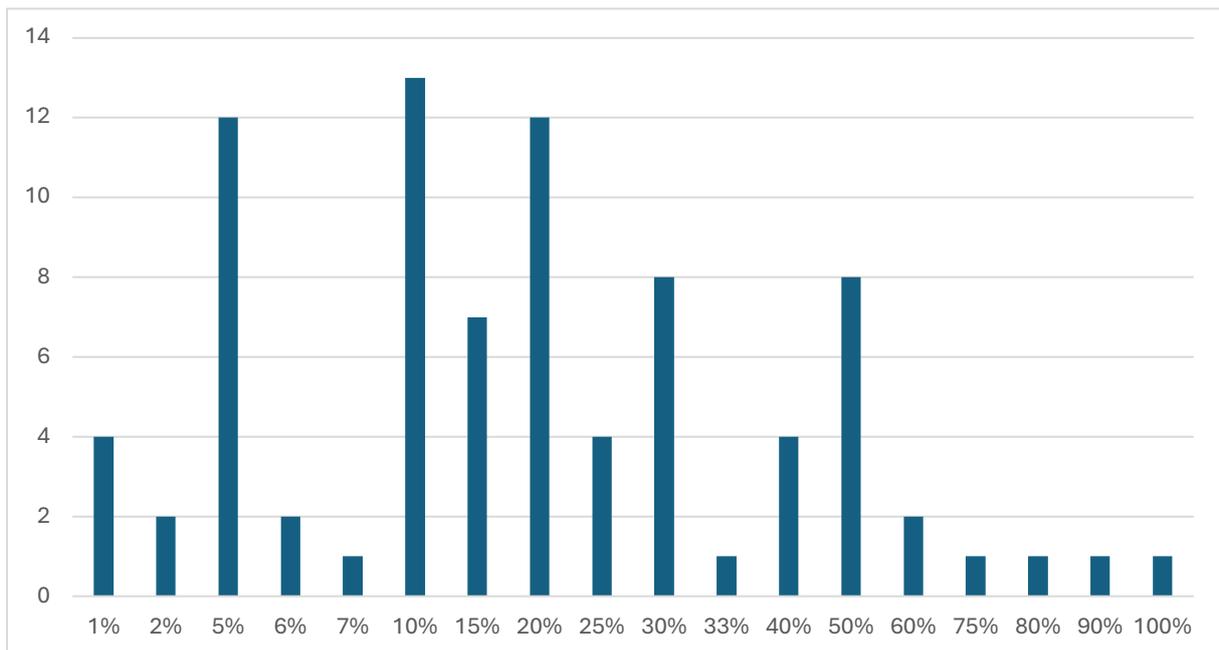


Figure 5 : Répartition de la proportion de patientèle estimée en situation complexe.

La valeur médiane était de 20,0% (9,25- 30,0).

2, Analyse statistique en sous-groupes selon l'âge, le lieu et l'ancienneté d'installation

a, Selon l'âge

La proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon l'âge des répondants (Tableau 2).

Âge	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<30ans	<20%	2	50
	≥20%	2	50
30-39ans	<20%	12	44,5
	≥20%	15	55,5
40-49ans	<20%	8	47
	≥20%	9	53
50-59ans	<20%	9	47,4
	≥20%	10	52,6
>60ans	<20%	10	58,8
	≥20%	7	41,2

Tableau 2 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon l'âge.

Le test du Khi-deux d'indépendance réalisé à partir des données du tableau 2 ne montrait de pas de lien statistique entre l'âge du médecin et la proportion de patientèle estimée complexe (ddl = 4, alpha = 0,05, p-valeur = 0,9206).

b, Selon le genre

La proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon le genre des répondants (Tableau 3).

Genre	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Femme	<20%	18	37,5
	≥20%	30	62,5
Homme	<20%	23	63,9
	≥20%	13	36,1

Tableau 3 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le genre.

Un test du Khi-deux d'indépendance a été réalisé à partir des données du tableau 3.

Il était mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le genre et le pourcentage de patientèle estimée en situation complexe (Khi 2 calculé = 5,7334 ; ddl = 1 ; alpha = 0,05 ; p-valeur : = 0,0166).

c, Selon le lieu d'installation

D'une part, la proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon le département d'installation (Tableau 4).

Département	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Haut-Rhin	<20%	7	46,7
	≥20%	8	53,3
Bas-Rhin	<20%	34	49,3
	≥20%	35	50,7

Tableau 4 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le département d'installation.

Le test du Khi-deux d'indépendance réalisé à partir des données du tableau 4 ne montrait de pas de lien statistique entre le département d'installation et la proportion de patientèle estimée complexe (ddl =1, alpha = 0,05, p-valeur = 0,8546).

D'autre part, la proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon le milieu d'exercice (Tableau 5).

Milieu	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	<20%	6	28,6
	≥20%	15	71,4
Semi-rural	<20%	20	46,5
	≥20%	23	53,5
Rural	<20%	15	75
	≥20%	5	25

Tableau 5 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le milieu d'exercice.

Un test du Khi-deux d'indépendance a été réalisé à partir des données du tableau 5. Il était mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le milieu d'exercice et le pourcentage de patientèle estimée en situation complexe (Khi 2 calculé = 9,02 ; ddl = 2 ; alpha = 0,05 ; p-valeur : = 0,0110).

Finalement, la proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon le mode d'exercice (Tableau 6).

Mode	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Individuel	<20%	9	56,25
	≥20%	7	43,75
De groupe	<20%	32	47,8
	≥20%	35	52,2
Mixte	<20%	0	0
	≥20%	1	100

Tableau 6 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le mode d'exercice.

Le test du Khi-deux d'indépendance réalisé à partir des données du tableau 6 après avoir exclu le mode d'exercice « mixte » ne montrait de pas de lien statistique entre le mode d'exercice et la proportion de patientèle estimée complexe (ddl =1, alpha = 0,05, p-valeur = 0,5417).

d, Selon l'ancienneté d'installation

La proportion de patientèle estimée en situation complexe par rapport à la médiane (20%) a été analysée selon l'ancienneté d'installation (Tableau 7).

Ancienneté d'installation	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<5ans	<20%	10	45,5
	≥20%	12	54,5
5-15ans	<20%	11	45,8
	≥20%	13	54,2
15-30ans	<20%	13	50
	≥20%	13	50
>30ans	<20%	7	58,3
	≥20%	5	41,7

Tableau 7 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon l'ancienneté d'installation.

Le test du Khi-deux d'indépendance réalisé à partir des données du tableau 7 ne montrait de pas de lien statistique entre l'ancienneté d'installation et la proportion de patientèle estimée complexe (ddl = 3, alpha = 0,05, p-valeur = 0,8885).

III, Vignettes cliniques

A, Analyse descriptive des réponses

Patient en situation complexe	Oui	Non	Je ne sais pas
Vignette clinique N°1	65 (77,4%)	16 (19%)	3 (3,6%)
Vignette clinique N°2	73 (86,9%)	11 (13,1%)	/
Vignette clinique N°3	81 (96,4%)	3 (3,6%)	/

Tableau 8 : Effectifs et pourcentages réponses vignettes cliniques.

B, Analyse statistique

Au total, sur les trois vignettes, après avoir exclu la réponse « Je ne sais pas », nous décomptions 154 vrais positifs, 65 faux positifs, 14 faux négatifs et 16 vrais négatifs.

La sensibilité d'identification d'un patient en situation complexe était de $91,7\% \pm 4,2\%$ et la spécificité était de $19,8\% \pm 8,7\%$.

IV, Critères de complexité

Fréquence estimée :	Jamais	Rarement	Régulièrement	Tout le temps
Critères :	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Association de plusieurs pathologies ou cumul de plusieurs ALD		9 (10,7%)	62 (73,8%)	13 (15,5%)
Degré de sévérité des pathologie		5 (6%)	59 (70,2%)	20 (23,8%)
Pathologie chronique non équilibrée		7 (8,3%)	51 (60,7%)	26 (31%)
Hospitalisations répétées pour le même motif		19 (22,6%)	41 (48,8%)	24 (28,6%)
Patient en situation de handicap physique	1 (1,2%)	33 (39,3%)	44 (52,4%)	6 (7,1%)
Patient en situation de handicap psychique		17 (20,2%)	45 (53,6%)	22 (26,2%)
La polymédication	2 (2,4%)	12 (14,3%)	59 (70,2%)	11 (13,1%)
La perte ou le manque d'autonomie du patient		7 (8,3%)	50 (59,5%)	27 (32,2%)
Addictions		13 (15,5%)	45 (53,6%)	26 (31%)
Pathologie psychiatrique		13 (15,5%)	49 (58,3%)	22 (26,2%)
L'âge du patient	3 (3,6%)	21 (25%)	56 (66,7%)	4 (4,8%)
Pratiques de santé inadaptées	1 (1,2%)	22 (26,2%)	52 (62%)	9 (10,7%)
Absence d'adhésion à la prise en charge/ au traitement		14 (16,7%)	41 (48,8%)	29 (34,5%)
Isolement social et/ou familial		17 (20,2%)	41 (48,8%)	26 (31%)
Entourage familial défaillant		21 (25%)	42 (50%)	21 (25%)
La précarité psycho-sociale		12 (14,3%)	44 (52,4%)	28 (33,3%)
Multiplicité d'intervenants dans le parcours de soins	3 (3,6%)	21 (25%)	46 (54,8%)	14 (16,7%)

Difficulté de déplacements hors du domicile	3 (3,6%)	22 (26,2%)	45 (53,6%)	14 (16,7%)
Nécessité de mise en place de matériel et/ou intervenants à domicile	1 (1,2%)	28 (33,3%)	45 (53,6%)	10 (11,9%)
Niveau d'éducation		40 (47,6%)	38 (45,2%)	6 (7,1%)
Barrière de la langue	8 (9,5%)	23 (27,4%)	38 (45,2%)	15 (17,9%)
Influences culturelles/religieuses	18 (21,4%)	43 (51,2%)	22 (26,2%)	1 (1,2%)
Faible source de revenus	9 (10,7%)	39 (46,4%)	34 (40,8%)	2 (2,4%)

Tableau 9 : Répartition de la fréquence d'implication des critères listés dans la complexité de situations médicales.

V, Réponses libres

Plusieurs thématiques se dégagent de ces réponses libres :

- Médecines/thérapeutiques alternatives ; croyances personnelles ;
- Difficultés d'accès et délais d'obtention examens médicaux et/ou avis spécialisé et/ou prise en charge hospitalière ;
- Inégalités sociales/territoriales en santé, politique de santé ;
- Niveau de compréhension, analphabétisme ;
- Pauvreté/manque de la littérature en santé ;
- Difficultés/problèmes de communication (médecin-patient et médecin-médecin) ; communication non-violente ;
- Traitements : observance, adhésion thérapeutique, rupture de stock des médicaments, ingérence familiale dans les traitements ;
- Violences : violences sexuelles, traumatismes dans l'enfance ;
- La combinaison de plusieurs [des] critères [listés] ;
- Autres : refus de soins, pathologies rares, difficulté de diagnostic, nomadisme médical, absence de médecin traitant, prise en charge inadaptés de certains confrères, refus de prise en charge de situation complexe par certains professionnels de santé.

(Liste complète et détaillée des réponses libres en Annexe3)

VI, Définition situation complexe

A, Analyse descriptive

Parmi notre population d'étude, 70 (83,3%) médecins répondants ont déclaré ne pas connaître la définition d'une situation complexe établie par la HAS dans sa note méthodologique de 2014.

Dix-huit (21,4%) médecins étaient « Tout à fait d'accord » avec cette définition, 59 (70,2%) médecins étaient « Plutôt d'accord », 7 (8,4%) médecins n'étaient « Plutôt pas d'accord », aucun médecin n'était « Pas du tout d'accord » avec cette définition.

Après lecture de cette définition et une nouvelle estimation de la proportion de leur patientèle en situation complexe (Figure 6), 47% des médecins répondants soit 40 personnes avaient majoré leur estimation initiale, 42% soit 35 répondants ne l'avaient pas modifiée et enfin 11% soit 9 médecins l'avaient réduite.

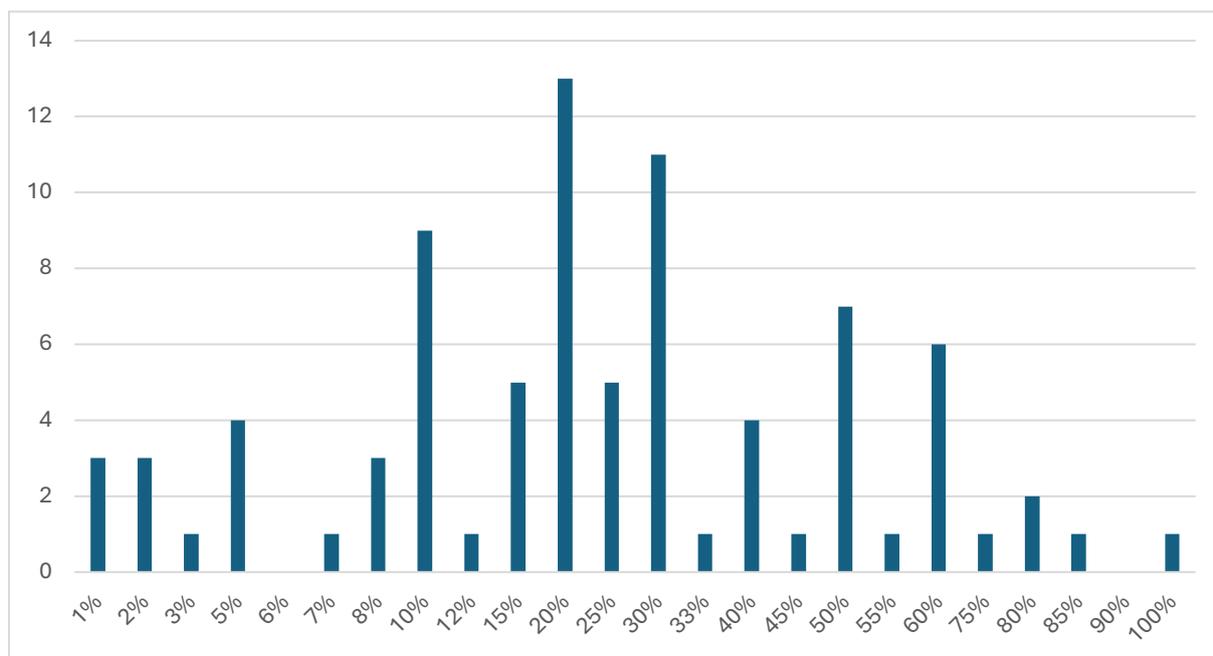


Figure 6 : Répartition de la proportion de patientèle estimée en situation complexe à la lecture de la définition de la HAS 2014.

La valeur médiane était de 20,0% (10,0-40,0).

B, Analyse statistique en sous-groupes

1, Connaissance de la définition HAS 2014

La proportion de médecins ayant connaissance ou non de la définition d'une situation complexe de la HAS 2014 a été analysée selon l'âge (Tableau 10), l'ancienneté d'installation (Tableau 11) et le milieu d'exercice (Tableau 12).

Âge	Connaissance définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<30ans	Oui	0	0
	Non	4	100
30-39ans	Oui	2	7,4
	Non	25	92,6
40-49ans	Oui	2	11,8
	Non	15	88,3
50-59ans	Oui	5	26,3
	Non	14	73,7
>60ans	Oui	5	29,4
	Non	12	70,6

Tableau 10 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon l'âge.

Ancienneté d'installation	Connaissance définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<5ans	Oui	1	4,5
	Non	21	95,5
5-15ans	Oui	3	12,5
	Non	21	87,5
15-30ans	Oui	7	27
	Non	19	73
>30ans	Oui	3	25
	Non	9	75

Tableau 11 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon l'ancienneté d'installation.

Milieu d'exercice	Connaissance définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	Oui	4	19
	Non	17	81
Semi-rural	Oui	6	14
	Non	37	86
Rural	Oui	4	20
	Non	16	80

Tableau 12 : Répartition des médecins connaissant la définition d'une situation complexe établie par la HAS en 2014 selon le milieu d'exercice.

Les tests du Khi-deux d'indépendance, réalisés d'après les données du Tableau 10 (ddl= 4, alpha = 0,05, p-valeur = 0,1975), du Tableau 11 (ddl= 3, alpha = 0,05, p-valeur = 0,1580) et du Tableau 12 (ddl= 2, alpha = 0,05, p-valeur = 0,7891) n'avaient pas permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre la connaissance ou non de la définition d'une situation et l'âge, l'ancienneté d'installation ou le milieu d'exercice.

2, Connaissance définition situation complexe et identification patients vignettes cliniques

L'identification correcte ou non des patients en situation complexe des trois vignettes cliniques a été évaluée selon la connaissance ou non de la définition d'une situation complexe.

Identification patient complexe vignettes cliniques	Connaissance définition HAS 2014 : n (%)	Pas connaissance définition HAS 2014 : n (%)
Trois réponses correctes	6 (42,9%)	9 (12,9%)
Au moins une erreur	8 (57,1%)	61 (87,1%)

Tableau 13 : Répartition des réponses aux vignettes cliniques selon la connaissance ou non de la définition de la HAS 2014.

Un test du Khi-deux d'indépendance a été réalisé d'après les données du Tableau 13. Il était mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la connaissance de la définition d'une situation complexe et l'identification correcte des patients en situation complexe de nos vignettes cliniques (ddl= 1, alpha = 0,05, p-valeur = 0,0075).

3, Accord avec la définition HAS

Le niveau d'accord des médecins avec la définition d'une situation complexe proposée par la HAS en 2014 a été analysé selon l'âge (Tableau 14), le milieu d'exercice (Tableau 15) ainsi que l'ancienneté d'installation (Tableau 16).

Âge	Accord définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<30ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	0	0
	Plutôt d'accord	3	75
	Tout à fait d'accord	1	25
30-39ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	3	11,1
	Plutôt d'accord	19	70,4
	Tout à fait d'accord	5	18,5
40-49ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	1	5,9
	Plutôt d'accord	13	76,5
	Tout à fait d'accord	3	17,6
50-59ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	2	10,5
	Plutôt d'accord	11	57,9
	Tout à fait d'accord	6	31,6
>60ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	1	5,9
	Plutôt d'accord	13	76,5
	Tout à fait d'accord	3	17,6

Tableau 14 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon l'âge.

Milieu	Accord définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	2	9,5
	Plutôt d'accord	14	66,7
	Tout à fait d'accord	5	23,8
Semi-rural	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	4	9,3
	Plutôt d'accord	30	69,8
	Tout à fait d'accord	9	20,9
Rural	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	1	5
	Plutôt d'accord	15	75
	Tout à fait d'accord	4	20

Tableau 15 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon le milieu d'exercice.

Ancienneté d'installation	Accord définition HAS 2014	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<5ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	1	4,5
	Plutôt d'accord	17	77,3
	Tout à fait d'accord	4	18,2
5-15ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	2	8,3
	Plutôt d'accord	18	75
	Tout à fait d'accord	4	16,7
15-30ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	3	11,5
	Plutôt d'accord	16	61,5
	Tout à fait d'accord	7	26,9
>30ans	Pas du tout d'accord	0	0
	Plutôt pas d'accord	1	8,3
	Plutôt d'accord	8	66,7
	Tout à fait d'accord	3	25

Tableau 16 : Répartition du niveau d'accord des médecins avec la définition de la HAS 2014, selon l'ancienneté d'installation.

Les tests du Khi-deux d'indépendance réalisés d'après les données du Tableau 14 (ddl= 8, alpha = 0,05, p-valeur = 0,9450), du Tableau 15 (ddl= 4, alpha = 0,05, p-valeur = 0,9701) et du Tableau 16 (ddl= 6, alpha = 0,05, p-valeur = 0,9166) après avoir exclu la réponse « Pas du tout d'accord », ne permettaient pas de mettre en évidence un lien statistiquement significatif

entre le niveau d'accord des médecins avec la définition d'une situation complexe proposée par la HAS et l'âge, le milieu d'exercice ou l'ancienneté d'installation.

4, Estimation proportion patientèle complexe après lecture définition

D'une part, un lien statistiquement significatif entre le genre et le pourcentage de patientèle estimée complexe ayant été démontré précédemment, la proportion de patientèle estimée en situation complexe après lecture de la définition de la HAS 2014 a été re-analysée selon le genre par rapport à la médiane (20%) (Tableau 17).

Genre	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Femme	<20%	13	27,1
	≥20%	35	72,9
Homme	<20%	17	47,2
	≥20%	19	52,8

Tableau 17 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le genre, après lecture définition HAS 2014.

Un test du Khi-deux d'indépendance a été réalisé à partir des données du tableau 17. Après lecture de la définition, aucun lien statistiquement significatif n'était mis en évidence entre le genre et le pourcentage de patientèle estimée en situation complexe (ddl = 1 ; alpha = 0,05 ; p-valeur : = 0,0566).

D'autre part, un lien statistiquement significatif entre le milieu d'exercice et le pourcentage de patientèle estimée complexe ayant été démontré précédemment, la proportion de patientèle estimée en situation complexe après lecture de la définition de la HAS 2014 a été re-analysée selon le milieu d'exercice par rapport à la médiane (20%) (Tableau 18).

Milieu	Proportion patientèle complexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Urbain	<20%	3	14,3
	≥20%	18	85,7
Semi-rural	<20%	15	34,9
	≥20%	28	65,1
Rural	<20%	12	60
	≥20%	8	40

Tableau 18 : Répartition de la proportion de patientèle estimée complexe par rapport à la médiane selon le milieu d'exercice, après lecture définition HAS 2014.

Un test du Khi-deux d'indépendance a été réalisé à partir des données du tableau 18. Après lecture de la définition, il était mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le milieu d'exercice et le pourcentage de patientèle estimée en situation complexe (Khi 2 calculé = 9,35 ; ddl = 2 ; alpha = 0,05 ; p-valeur : = 0,0093).

Discussion

I, Discussion des principaux résultats de notre étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer ce que représente un patient en situation complexe pour les médecins généralistes installés en Alsace, en évaluant leurs connaissances, leur capacité d'identification mais également leurs critères de définition.

A, Connaissances, capacité d'identification et critères de définition

1, Connaissances

Notre étude a révélé que plus de trois-quarts (83,3%) des médecins répondants n'avaient pas connaissance de la définition d'une situation complexe exposée par la HAS dans sa note méthodologique de 2014 (4).

Les analyses statistiques en sous-groupe selon l'âge et l'ancienneté d'installation n'ont pas révélé de lien statistiquement significatif. Il semble donc que ni la formation universitaire, ni l'expérience professionnelle n'aient d'influence sur la connaissance de cette définition.

Pourtant la quasi-totalité (91,6%) des médecins répondants sont en accord avec celle-ci. Le mode d'exercice ainsi que l'expérience professionnelle ne semblent pas exercer d'influence sur le degré d'accord, puisque les analyses statistiques réalisées n'ont pas révélé de lien entre l'âge, le milieu d'exercice, l'ancienneté d'installation et le degré d'accord avec la définition de la HAS (4).

2, Capacité d'identification

L'évaluation des trois vignettes cliniques révèle une forte sensibilité d'identification ($91,7 \pm 4,2\%$) des patients en situation complexe mais une faible spécificité ($19,8\% \pm 8,7\%$) par le recueil de nombreux faux positifs.

En effet la première vignette clinique représentant un patient au parcours médical lourd a induit en erreur plus de trois-quarts des médecins l'ayant estimé comme patient en situation complexe, alors que sa situation socio-professionnelle et environnementale étaient tout à fait favorables à sa santé.

Il semblerait que la nuance entre un patient en situation complexe et un patient au parcours médical compliqué ait posé des difficultés pour cette situation clinique. C'est d'ailleurs une des remarques que nous avons collecté dans l'espace de réponse libre (Annexe3).

La deuxième et la troisième vignette clinique représentaient bien des patients en situation complexe alliant plusieurs facteurs médicaux à des facteurs socio-professionnels, économiques, environnementaux, familiaux, psychologiques, thérapeutique ou encore addictologiques susceptibles d'impacter négativement leur état de santé. Ces patients en situation complexe ont été correctement identifiés en grande majorité.

Alors que les médecins de notre population d'étude semblent capables d'identifier un patient en situation complexe, le manque de connaissance des critères de définition rend leur identification peu spécifique.

La mise en évidence d'un lien statistiquement significatif entre la connaissance de la définition d'un patient en situation complexe et la capacité d'identification correcte de ces patients vient renforcer notre conviction de l'importance de l'enseignement de cette notion.

Dans la pratique quotidienne, ce défaut de connaissance pourrait entraîner une prise en charge non optimale de ces patients à l'accompagnement et aux besoins médico-sociaux particuliers, entraînant une surconsommation de soins et par conséquent des ressources et couts de santé plus élevés.

3, Critères de définition

La quasi-totalité des critères listés dans notre étude ont été évalués comme participant régulièrement à rendre une situation complexe.

L'absence d'adhésion à la prise en charge/au traitement (34,5%), la précarité psycho-sociale (33,3%), la perte ou le manque d'autonomie du patient (32,2%), une pathologie chronique non équilibrée (31%), les addictions (31%) et enfin l'isolement social et/ou familial (31%) sont six critères qui ont été évalués par plus de 30% des répondants comme participants « tout le temps » à rendre une situation complexe.

Ces six critères mêlant sphère médicale et sphère psycho-sociale font notablement écho aux critères de définition listés dans le guide méthodologique de 2012 de la DGOS (3).

A contrario, le niveau d'éducation, les influences religieuses et culturelles ainsi que la faible source de revenus ne semblent pas participer à la complexité d'une situation médicale d'après notre population d'étude.

L'espace de réponse libre nous a fourni d'avantages de critères de complexité non retrouvés au décours de nos recherches bibliographique, mais témoignant de la réalité du terrain comme l'absence de médecin traitant, les inégalités sociales et territoriales en santé, les difficultés d'accès aux soins. Cela a également révélé des critères de complexité inhérents

aux patients, comme le niveau de compréhension, le recours à des thérapeutiques alternatives, l'adhésion thérapeutique, l'observance médicamenteuse, les antécédents de violence, ou encore le refus de soin. Mais cela a aussi mis en avant des facteurs de complexité pouvant émaner des professionnels de santé : difficultés ou problèmes de communication entre professionnels, prises en charge médicales inadaptées ou encore refus de prise en charge de patients en situation complexe par certains professionnels de santé.

Ces différents critères semblent révéler trois acteurs de complexité d'après les déclarations de notre population d'étude : le patient, le médecin et le système de santé. Dans le même esprit, certaines études définissent le patient en situation complexe comme la combinaison des caractéristiques du médecin généraliste, du patient et du contexte médical (6). D'autres avancent que ce qui fait la complexité d'un patient est l'écart entre l'individu et la capacité du système de santé à répondre à ses besoins (7).

L'analyse de ces résultats nous suggère que les définitions d'une situation complexe établies par les instances françaises et présentées par les études internationales, impliquant différents acteurs et combinant facteurs médicaux et psycho-sociaux, sont partagées par les médecins généralistes alsaciens.

B, Proportion de patientèle estimée en situation complexe

1, Étendue des valeurs d'estimation et valeur médiane

La forte disparité d'estimation de la proportion de patientèle en situation complexe de notre population d'étude variait initialement de 1% à 100%, avec une valeur médiane de 20,0% (9,25-30,0).

Après lecture de la définition d'une situation complexe, plus de la moitié des médecins ont modifié leur estimation : 47% des médecins répondants ont majoré leur estimation initiale et 11% l'ont réduite. Cependant les valeurs s'étendaient toujours de 1% à 100% avec une valeur médiane correspondant toujours à 20,0% (10,0-40,0).

Une telle étendue de valeurs d'estimation allant de tout à rien questionne évidemment. Considérer un patient dans sa globalité pourrait s'avérer complexe pour certains médecins et tout à fait inhérent au rôle de médecin traitant pour d'autres. La patientèle serait alors entièrement complexe car étiquetée comme telle par le médecin traitant lui-même (2).

En se basant sur une patientèle « médecin traitant » estimée en moyenne à 1000 patients avec une file active aux alentours de 1500 patients par an en France en 2022 (71), 20% de patients en situation complexe représenteraient en pratique 200 à 300 patients par patientèle de médecin généraliste. Cet ordre de grandeur est globalement appuyé par les résultats de l'étude menée par Grant et al. en 2011 (8) estimant à environ un quart la proportion de patientèle en situation complexe.

Les patients en situation complexe feraient donc partie intégrante de la pratique quotidienne des médecins de premier recours.

Finalement, comme l'établissent les définitions de la discipline, il est dans l'essence même du médecin généraliste de prendre en charge les patients dans leur globalité et de dispenser les soins nécessaires en tenant compte de leur histoire personnelle et croyances, de leur environnement socio-économique mais aussi de la connaissance qu'ils ont de leur santé.

Pour autant, cela ne signifie pas que toutes les situations médicales soient complexes, car tous les éléments de vie des patients, ne sont pas forcément défavorables à leur santé. Et comme le rappelle Caroline Tanquerel dans son travail de thèse sur les situations complexes mené en Normandie : « une situation complexe est variable dans l'espace et évolutive dans le temps ». (72)

2, Influence de l'âge, du genre et du milieu d'exercice

L'analyse de la proportion de patientèle estimée en situation complexe selon les données socio-démographiques de la population d'étude n'a pas mis en évidence de lien statistique entre l'âge des médecins, leur ancienneté d'installation et la proportion de patientèle estimée en situation complexe, contrairement à Grant et son équipe. En effet leur étude menée aux États-Unis indique que les médecins décrivant le plus de situations complexes sont les médecins les plus âgés, diplômés en médecine depuis plus longtemps et ayant le plus d'expérience pratique (8).

En revanche, notre étude a permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre la proportion de patientèle estimée en situation complexe et le genre ainsi que le milieu d'exercice des médecins répondants.

Il semblerait, d'après leurs déclarations initiales, que les femmes médecins aient une proportion de patientèle en situation complexe plus élevée que celle des hommes médecins. Mais ce lien statistique n'a plus été mis en évidence lors de la seconde analyse des valeurs d'estimation de proportion de patientèle en situation complexe après lecture de la définition. La probable surestimation initiale par les femmes médecins ou sous-estimation de la part des médecins hommes s'est ensuite corrigée à la lumière de la définition de la HAS (4).

Notre étude révèle cependant une association entre le milieu d'exercice et la proportion de patients en situation complexe.

Un lien statistiquement significatif entre le milieu d'exercice et la proportion de patientèle en situation complexe a été démontré avant lecture de la définition (4) et s'est même vu renforcé après lecture (p -valeur = 0,0110 vs 0,0093). Ce résultat nous indique une proportion de patients en situation complexe statistiquement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural ou semi-rural. Compte tenu du contexte médico-social et sanitaire actuel (population vieillissante, déserts médicaux, accessibilité aux spécialistes et structures de soins) il apparaîtrait plus évident d'envisager une part de patient en situation complexe plus élevée en milieu rural. Ce résultat surprenant mais néanmoins intéressant gagnerait sans doute à être étudié de manière plus spécifique et approfondie afin d'être expliqué.

II, Discussion de la méthode et ouverture

A, Forces de l'étude

La terminologie « situation complexe » nous a été introduite dès les débuts de l'internat de médecine en générale. Il nous a été en effet demandé par le Département de Médecine Générale de fournir au moins un Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA), travail personnel nécessitant le récit d'une situation clinique « complexe » basée sur une expérience de stage (73-74).

Jusqu'alors non enseignée, cette notion de complexité sous-tendait d'une situation clinique qu'elle mette en jeu et imbrique plusieurs domaines (médicaux, sociaux, environnementaux, éthiques, médico-légaux...) et qu'elle nécessite l'appui de multiples intervenants issus des

domaines médicaux, paramédicaux et psycho-sociaux devant savoir travailler de manière coordonnée.

Nous pouvons facilement faire le parallèle avec la définition de la HAS dans sa note méthodologique de 2014 qui définit une situation complexe « comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé » (4).

Les situations complexes en médecine générales restent un sujet d'actualité malgré l'émergence de cette terminologie remontant aux années 1990 (6) et l'ancienneté des définitions françaises proposées (plus de 10 ans).

Leur nombre en expansion, le rôle central du médecin traitant dans la coordination du parcours de soin ainsi que les nouveaux facteurs de complexité s'ajoutant à ceux déjà identifiés en font une notion omniprésente dans le milieu médical français mais aussi international.

Avec notre étude, nous espérons pouvoir mettre en avant l'importance de la notion de situation complexe, rencontrée au quotidien dans les cabinets de médecine générale et mettre en lumière les aides à la coordination qui existent pour optimiser le parcours de soins des patients en situation complexe.

B, Limites de l'étude

1, Type d'étude et puissance de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale et descriptive qui présente un faible niveau de preuve scientifique (Grade C) (Annexe 4) (75).

Afin d'étudier ce que représente une situation complexe pour les médecins généralistes installés en Alsace, le choix de ce type d'étude s'est fait dans un but de praticité et d'efficacité.

Une étude qualitative aurait certes permis de recueillir des réponses individualisées, plus nuancées, mais une étude quantitative permet le recueil d'une quantité d'informations dans un temps imparti qu'une étude qualitative permettrait difficilement.

Notre enquête a recueilli 89 réponses dont 5 ont été exclues. Au total 84 réponses ont pu être analysées, ce qui représente 2,85% des médecins généralistes Alsaciens.

2, Biais de sélection

L'échantillonnage de notre étude n'est pas optimal. En effet la diffusion de notre questionnaire d'étude par voie électronique aux médecins généralistes Alsaciens via l'URPS, la liste de diffusion des MSU de la faculté de Strasbourg, les réseaux sociaux ou directement à des contacts personnels a pu générer un biais recrutement.

De plus, on ne peut négliger que le remplissage du questionnaire, basé sur le volontariat, ait été effectué par des personnes intéressées par le sujet, créant ainsi un biais de volontariat contribuant au biais de sélection.

Le risque de biais de participation, dit de non-réponse, n'est pas à négliger et peut entraîner une perte de puissance statistique ; malgré plusieurs relances, nous avons obtenu un total de 89 réponses à notre questionnaire dont 84 qui correspondaient à tous nos critères d'inclusions et que nous avons par conséquent étudiées.

3, Biais de réponse

Les réponses à notre questionnaire d'étude ont été effectuées de manière déclarative et ne sont par conséquent pas vérifiables, créant ainsi un biais de déclaration. A noter qu'un

sujet répondant peut choisir une réponse pour « faire plaisir » ou pour convenir à des recommandations/textes officiels, ce qui correspondrait alors à un biais de désirabilité sociale. L'anonymisation des réponses permet cependant de limiter cet effet, même si l'utilisation d'une version électronique d'un questionnaire pourrait être source de doute sur l'intégrité de cet anonymat.

L'utilisation de questions fermées offre une rapidité de réponse aux médecins et permet potentiellement de majorer le taux de participation. Cela facilite également le recueil de données exploitables ainsi que leur analyse.

Or, bien que basées sur les données de la littérature, les questions fermées peuvent malheureusement ne pas être exhaustives. C'est pour pallier cela que nous avons établi un espace de réponse libre en fin de notre questionnaire.

4, Population d'étude

Notre population d'étude est composée de médecins généralistes installés en Alsace. Elle est majoritairement féminine, à 57,1% et plutôt jeune : la classe d'âge la plus représentée est les 30-39ans et la classe d'âge médiane est celle des 40-49ans.

Même si le corps médical français s'est féminisé (51% de femmes) et a rajeuni (48,6ans en moyenne) avec tout de même des disparités territoriales, notre population d'étude est plus féminine que la moyenne nationale et un peu plus jeune.(76)

Les médecins de notre population d'étude sont majoritairement installés dans le Bas-Rhin (82,1%), en milieu semi-rural (51,2%) et un peu moins de la moitié (45,3%) sont installées depuis 15ans ou plus.

En Alsace en 2023, sur 2947 médecins inscrit à l'ordre, 997 étaient installés dans le Haut-Rhin soit 33,8% versus 1950 médecins installés dans le Bas-Rhin soit 66,2% (77). Il y a donc une légère disparité d'installation dans notre population d'étude par rapport au corps médical alsacien (cette comparaison reste à nuancer compte tenu du nombre de médecins remplaçants thésés inscrits à l'ordre non exclus de ces données).

Notre population d'étude ressemble en certains points à la population des médecins généralistes installés en Alsace, mais n'en est pas strictement comparable. Il est donc difficile de tirer des conclusions fermes et semble plus pertinent d'évoquer des tendances qui se dégagent de leurs réponses.

Pour aller plus loin, il pourrait être intéressant de prendre également en compte les médecins remplaçants mais aussi toutes les spécialités médicales ou encore les professions paramédicales. Il serait également intéressant d'élargir le territoire étudié à la Région ou encore à la France entière. Tout ceci nécessiterait évidemment des moyens de diffusion, de recueil et d'analyse de résultats à une échelle supérieure.

Conclusion

Dans notre échantillon de médecins généralistes la reconnaissance des patients en situation complexe n'est pas optimale car peu spécifique.

La définition d'un patient en situation complexe proposée par la HAS dans sa note méthodologique de 2014 que nous avons pris comme modèle est peu connue des médecins interrogés qui y adhèrent pourtant en grande majorité. Ni l'enseignement universitaire ni l'expérience professionnelle des médecins interrogés n'influencent leurs connaissances. Pourtant notre étude montre que la connaissance de cette définition impacte favorablement la capacité de reconnaissance des patients en situation complexe.

Pour les médecins généralistes installés en Alsace, un patient en situation complexe est défini par la combinaison de facteurs médicaux et de facteurs psycho-sociaux pouvant impacter négativement son état de santé.

Les critères issus de la littérature française et internationale sont globalement validés par notre population d'étude. Mais notre travail a permis de révéler de nouveaux critères de complexité, tels que l'absence de médecin traitant, les inégalités sociales et territoriales en santé, les difficultés d'accès aux soins, l'adhésion thérapeutique et observance médicamenteuse, le refus de soins ou encore les difficultés de communication entre professionnels de santé.

Ces critères, témoignant de la réalité de la pratique quotidienne des médecins généralistes alsaciens, mettent en avant trois acteurs de complexité distincts en interrelation : le patient, le médecin mais également le système de santé.

En outre, notre travail a permis de mettre en avant une association entre le milieu d'exercice et la proportion de patientèle en situation complexe qui s'est avérée plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les résultats de notre étude ne sont pas généralisables en l'état mais notre travail contribue à exposer l'importance des patients en situation complexe dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Cette notion omniprésente dans le milieu médical gagnerait à être enseignée tout comme les ressources disponibles pour les coordonner.

VU

Strasbourg, le... 03/06/24.....

Le président du jury de thèse

Professeur... Emmanuel ANDRES

Professeur Emmanuel ANDRES
 Spécialiste en Médecine Interne
 Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 Président de la C.M.E.
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Service de Médecine Interne - Hôpital de Hautepierre
 Tél. : 03.88.12.71.33 ou 03.88.12.71.26
 Email : emmanuel.andres@chru-strasbourg.fr
 N° RPPS : 10002436391

VU et approuvé

Strasbourg, le... 05 JUIN 2024.....

Le Doyen de la Faculté de
 Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Annexe 1 : Définition Médecine générale WONCA Europe

La WONCA Europe (Organisation mondiale des médecins généralistes) propose en 2002 une définition européenne de la discipline de médecine générale ainsi qu'une description des compétences essentielles requises pour un médecin généraliste.

Les **onze caractéristiques de la discipline de la médecine générale** selon la WONCA Europe sont les suivantes :

« A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin - patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

La WONCA Europe décrit également **six compétences fondamentales** du médecin généraliste, se basant sur les onze caractéristiques suscitées :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

Le médecin généraliste applique ces compétences dans **trois domaines d'activité** : la démarche clinique, la communication avec le patient ainsi que la gestion du cabinet médical.

Enfin, comme discipline scientifique centrée sur la personne, **trois dimensions spécifiques** doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- b) Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- c) Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

Annexe 2 : Questionnaire

Situations complexes en médecine générale : connaissances, capacité d'identification et critères de définition des médecins généralistes installés en Alsace.

I, La première partie de ce questionnaire est un recueil de données permettant de **mieux vous connaître** :

1, Vous êtes :

- Un Homme
- Une Femme

2, Quel âge avez-vous :

- Moins de 30 ans
- 30 ans – 39 ans
- 40 ans – 49 ans
- 50 ans – 59 ans
- 60 ans ou plus

3, Vous êtes installé depuis :

- Moins de 5ans
- 5 ans – 15 ans
- 15 ans – 30 ans
- Plus de 30 ans

4, Dans quel département êtes-vous installé ?

- Bas-Rhin (67)
- Haut-Rhin (68)
- Autres

5, Vous exercez actuellement en milieu :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

6, Vous exercez en cabinet :

- Individuel
- De groupe
- Autre :

7, Quel pourcentage de votre patientèle estimez-vous être en situation complexe ?

..... %

II, Vignettes cliniques

Veillez préciser pour chacune de ces situations cliniques si vous estimez ou non qu'elle représente un patient en situation complexe :

Cas clinique n°1 :

Patient de 50ans, architecte, insuffisant cardiaque avec d'important œdème des membres inférieurs, greffé rénal et porteur d'une maladie de Crohn, vivant avec son épouse et leurs deux enfants, consulte son médecin traitant tous les mois pour la réévaluation de son lourd traitement médicamenteux.

Estimez-vous que cette vignette clinique représente un patient en situation complexe ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Cas clinique n°2 :

Patient de 45ans, sans emploi, ayant pour antécédent une hypertension artérielle, un diabète de type 2 et un alcoolisme non sevré, vivant seul, sans famille proche, se présente en consultation à la demande de l'infirmière qui passe toutes les semaines à son domicile, pour adaptation de son traitement devant un diabète non équilibré.

Estimez-vous que cette vignette clinique représente un patient en situation complexe ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Cas clinique n°3 :

Patient de 55ans, routier, ayant pour antécédent un diabète de type 1, un tabagisme actif estimé à 30PA et une broncho-pneumopathie chronique obstructive, vivant avec son épouse atteinte d'un cancer de l'ovaire et leurs deux enfants dans un logement social, consulte rarement son médecin traitant et ne prend pas correctement ses traitements. Il a déjà été hospitalisé à plusieurs reprises pour acidocétose.

Estimez-vous que cette vignette clinique représente un patient en situation complexe ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

III, Les situations complexes en médecine générale

Plusieurs éléments peuvent participer à la complexité de la prise en charge d'un patient.

Dans le tableau suivant, merci de préciser pour chaque proposition si elle (ne) rend *jamais*, *rarement*, *régulièrement*, *tout le temps* une situation complexe dans votre pratique :

	Jamais	Rarement	Régulièrement	Tout le temps
Association de plusieurs pathologies ou cumul de plusieurs ALD				
Degré de sévérité des pathologie				
Pathologie chronique non équilibrée				
Hospitalisations répétées pour le même motif				
Patient en situation de handicap physique				
Patient en situation de handicap psychique				
La polymédication				
La perte ou le manque d'autonomie du patient				
Addictions				
Pathologie psychiatrique				
L'âge du patient				
Pratiques de santé inadaptées				
Absence d'adhésion à la prise en charge/ au traitement				
Isolement social et/ou familial				
Entourage familial défaillant				
La précarité psycho-sociale				
Multiplicité d'intervenants dans le parcours de soins				
Difficulté de déplacements hors du domicile				
Nécessité de mise en place de matériel et/ou intervenants à domicile				
Niveau d'éducation				

Barrière de la langue				
Influences culturelles/religieuses				
Faible source de revenus				

D'après votre expérience personnelle, estimez-vous qu'il existe en pratique d'autres facteurs qui participent à la complexité d'une situation ?

Si oui, lesquels ?

Définition de la complexité selon la HAS (2014) :

-Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards.

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé.

Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours.

De son côté, le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », publié par la DGOS en 2012, définit les situations complexes comme des « situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens. Il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. » -

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

Connaissez-vous cette définition ?

- Oui
- Non

Dans quelle mesure êtes-vous en accord avec la définition établie par la HAS ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

A la lecture de cette définition, quel pourcentage de votre patientèle estimez-vous désormais être en situation complexe ?

..... %

Annexe 3 : Réponses libres

- La défiance face à la médecine traditionnelle et l'emprise des médecines dites alternatives
- Accès aux consultations spécialisées
- Situation administrative des migrants, pas de couverture sécurité sociale
- Le manque de formation des médecins à la communication non violente
- Demande d'avis au spécialiste
- Thérapeutiques parallèles (naturopathes, etc)
- Le cumul de plusieurs [critères]
- Isolement "médical", prises en charges inadaptée par certains confrères libéraux ou hospitaliers
- Défaut de communication interprofessionnelle entre médecins (pas de courrier, pas de mise en copie des résultats demandés par d'autres)
- Facteur politique avec la non prise en charge des inégalités sociales de santé, Faible littérature en santé, non-recours aux droits (pas de CSS alors qu'éligible), analphabétisme, refus de soin.
Rejet des situations complexes par des professionnels de santé (refus des "patients CSS" de la part de certains spécialistes, refus de certains patients par les urgences des cliniques privées qui les renvoient vers le CHU...).
- Cela me semble bien exhaustif
- Association de différentes composantes Biomédicales, psychosociales, éthiques, ...
- Croyances
- Votre questionnaire ne permet pas la distinction complexe/compliqué
- Nomadisme médical ou absence de médecin généraliste traitant
- Localisation/accès aux structures spécialisées
- Non c'est complet
- Leur combinaison
- La dégradation des prises en charges hospitalières et les délais pour des examens ou consultations spécialisées
- Niveau de compréhension
- L'existence ou non de l'alliance thérapeutique
- Difficultés d'accès à certains traitements / rupture pharmaceutique
- Violences sexuelles, traumatismes dans l'enfance, immigration...
- Difficultés de communication, faible littérature en santé
- Ingérence familiale dans les thérapeutiques
- Faibles ressources
- Pathologies rares ou difficultés de diagnostic
- La difficulté à l'accès au soin en structure hospitalière publique et l'accès aux spécialistes
- Observance du traitement, délai de prise en charge spécialisée selon certaine pathologie

Annexe 4 : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Bibliographie

1. Larousse É. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : complexe [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/complexe/17690>
2. Patrick Juignet. Edgar Morin et la complexité [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur : <https://philosciences.com/philosophie-generale/la-philosophie-et-sa-critique/17-edgar-morin-complexite>
3. Assistance Publique Hôpitaux de Paris - DAJDP. Instruction n° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-n-dgospf32012349-du-28-septembre-2012-relative-au-guide-methodologique-ameliorer-la-coordination-des-soins-comment-faire-evoluer-les-reseaux-de-sante/>
4. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». Paris : HAS ; 2014 [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
5. Agence Régionale de Santé Grand-Est. Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) : l'unification est lancée ; 2022 [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-lunification-est-lancee>
6. Manning E, Gagnon M. The complex patient: A concept clarification. *Nurs Health Sci.* 2017;19(1):13-21.
7. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles C, Kravchenko J, Akushevich I, et al. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *J Gen Intern Med.* 2016;31(3):329-37.
8. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining Patient Complexity From the Primary Care Physician's Perspective. *Ann Intern Med.* 20 déc 2011;155(12):797-804.
9. Institut National de la Statistique et des Études Économique. Espérance de vie à divers âges. [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
10. Institut National de la Statistique et des Études Économique. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée – Projections de population 2021-2070. [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969?sommaire=5760764>

11. Institut national d'études démographiques. Transition épidémiologique. [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/#:~:text=P%C3%A9riode%20de%20baisse%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20qui%20accompagne%20la%20transition%20d%C3%A9mographique.>
12. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodríguez C. Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre. Ruptures Rev Transdiscipl En Santé. 30 nov 2000 ; 8.
13. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. 2022. [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD102MAJ200323.pdf>
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. 2023. [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf>
15. Ministère de la Santé et de la Prévention. Lutter contre les déserts médicaux. 2023. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
16. Haut Conseil de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>
17. Institut National de la Statistique et des Études Économique. En 2020, une mesure de la pauvreté compliquée par la crise sanitaire - Insee Analyses - 77 [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6542073>
18. Haute Autorité de santé. Évaluation de la précarité sociale. 2020 [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_prekarite_sociale.pdf
19. Institut National de la Statistique et des Études Économique. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers. 2024. [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
20. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Rev Économique. 2009;60(2):385-411.
21. Santé Publique France. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. Le dossier de La Santé en action n°455, mars 2021. [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-455-mars-2021>

22. Council Of Europe. Droits Humains et Biomédecine IV. Cadre théorique de la relation médecin-patient. [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship>
23. Académie Nationale de Médecine. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. La Relation Médecin - Malade. 2021.
24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé. 2023. [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>
25. L'Assurance Maladie. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021. 2023. [Internet] [cité 31 oct 2023]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
26. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1077.pdf>
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La complémentaire santé solidaire. [Internet]. [cité 31 oct 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2035%20-%20La%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20%28CSS%29.pdf>
28. Alepee Q. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale? Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2019.
29. Assurance Maladie. Mise en place de 15 mesures pour réduire le temps administratif des médecins libéraux. 2023 [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mise-en-place-de-15-mesures-pour-reduire-le-temps-administratif-des-medecins-liberaux>
30. Direction Générale de l'Offre de Soins ; ministère de la Santé et de la Prévention. Parcours de santé, de soins et de vie. 2023. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
31. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Le système de santé en France [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>

32. Ministère de la Santé et de la Prévention. Système de santé, médico-social et social. 2023 [cité 19 sept 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
33. Santé Publique France. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
34. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 2023. [cité 11 nov 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
35. Irish College of GPs. The General Practitioner in Europe [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.icgp.ie/speck/properties/asset/asset.cfm?type=LibraryAsset&id=5757F1C0%2DF02E%2DFC8F%2D1F86ADE441D584EE&property=asset&revision=tip&disposition=inline&app=icgp&filename=general%2Dpractitioner%2Deurope%2Dstatement%2Dworking%2Dparty%2Dappointed%2D2nd%2Deuropean%2Dconference%2Dteaching%2Epdf>
36. Allen DJ, Heyrman PJ. Définition européenne de la médecine générale-WONCA Europe 2002. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
37. République française. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
38. Service Public. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
39. Ministère de la Santé et de la Prévention. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). [cité 12 déc 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
40. République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
41. République française. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>

42. République française. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000042631584/#:~:text=LOI%20n%C2%B0%202021%2D502,la%20simplification%20%2D%20Dossiers%20I%C3%A9gislatifs%20%2D%20L%C3%A9gifrance>
43. République française. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000047013201/>
44. République française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/#:~:text=>
45. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest.* 2017;119(2):55-73.
46. Waldvogel FA, Balavoine JF, Perone N, Schusselé-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Rev Med Suisse.* 9 mai 2012;340(18):1022-4.
47. Haute Autorité de Santé. Le soutien des aidants non professionnels. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb-soutien_aidants-interactif.pdf
48. L'assurance Maladie. Lettre de liaison de sortie [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hopitalisation>
49. République française. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016 - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
50. Union Régionale des Professionnels de Santé Ile de France. Parcours de soins. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/Lettre7-Article-Parcours-de-soins.pdf>
51. Ologeanu-Taddei R, Paré G. Technologies de l'information en santé : un regard innovant et pragmatique. *Systèmes Inf Manag.* 2017;22(1):3-8.
52. DSIH. 4e baromètre VIDAL – CNOM L'utilisation des Smartphones chez les médecins. [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.dsih.fr/article/1935/4e-barometre-vidal-cnom-l-utilisation-des-smartphones-chez-les-medecins.html>

53. République française. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798#:~:text=%2DUn%20professionnel%20peut%20%C3%A9changer%20avec,des%20soins%2C%20%C3%A0%20la%20pr%C3%A9vention
54. République française. Article L1111-8-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042661590#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2009%20d%C3%A9cembre%202020,-Modifi%C3%A9%20par%20LOI&text=Le%20num%C3%A9ro%20d%27inscription%20au,1110%2D4.
55. Agence du Numérique en Santé. La transformation numérique de notre système de santé commence ici, pour vous et avec vous ! [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr>
56. L'Assurance Maladie. Le DMP en pratique [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
57. Mon espace santé. Vous avez la main sur votre santé [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/>
58. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Téléconsultation et téléexpertise. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
59. L'Assurance Maladie. Téléconsultation [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
60. L'Assurance Maladie. Télésurveillance [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/telesurveillance>
61. Agence du Numérique en Santé. Le Ségur du numérique en santé pour les médecins de ville. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/segur/medecin-de-ville>
62. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). 2024 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
63. Service Public. Hospitalisation à domicile. [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>

64. L'Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
65. L'Assurance Maladie. Sophia, le service pour les malades chroniques. [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/sophia-service-malades-chroniques>
66. Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les centres de santé. 2024 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
67. République française. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615
68. Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les maisons de santé. 2024 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
69. Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
70. Agence Régionale de Santé Grand-Est. Le Projet Régional de Santé 2018-2028 [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prs>
71. La Revue du Praticien. L'exercice de la médecine générale française en chiffres [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/lexercice-de-la-medecine-generale-francaise-en-chiffres>
72. Tanquerel C. La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré bocage. Thèse de médecine. Université de Caen Normandie ; 2015.
73. Département de Médecine Générale Strasbourg. Récit de situation complexe authentique [Internet]. 2015 [cité 15 févr 2023]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/validation-du-des/recit-de-situation-complexe-authentique-rsca/>

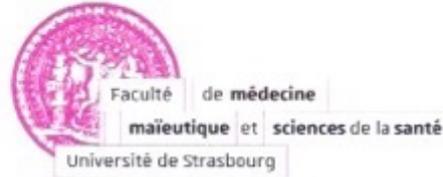
74. Département de Médecine Générale Strasbourg. Référentiel du DES de Médecine Générale [Internet]. [cité 2 mai 2024]. Disponible sur : <https://dmg.unistra.fr/websites/med/emb/dmg/Ressources/Referentiel-DES-2023-2024-x3.pdf>

75. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

76. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-latlas-demographie-medicale-2023>

77. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023. [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FRANCOIS Prénom : Valentine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Ortenau, le 20.05.2011

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé :

Le concept de « situation complexe » est très largement utilisé dans différentes disciplines médicales et paramédicales malgré l'absence de définition univoque. Les données de la littérature française et internationale suggèrent plutôt une association de critères médicaux à des critères non-médicaux pourvoyeurs de complexité.

L'accroissement du nombre de patients en situation complexe pris en charge quotidiennement en médecine générale nécessite une définition claire et partagée de tous pour optimiser leur parcours de soins.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer ce que représente un patient en situation complexe pour les médecins généralistes installés en Alsace, en évaluant leurs connaissances, leur capacité d'identification mais également leurs critères de définition d'une situation complexe.

Pour cela, une étude quantitative descriptive a été réalisée auprès des médecins généralistes installés en Alsace au moyen d'un questionnaire en ligne.

Dans notre échantillon d'étude, composé de 84 médecins généralistes, la reconnaissance des patients en situation complexe n'est pas optimale car peu spécifique.

La définition proposée par la HAS dans sa note méthodologique en 2014, retenue comme modèle, est peu connue des médecins interrogés qui y adhèrent pourtant en grande majorité. Les critères issus de la littérature française et internationale sont globalement validés par notre population d'étude. Mais notre travail a permis de révéler de nouveaux critères de complexité, témoignant de la réalité de la pratique quotidienne des médecins généralistes alsaciens, qui mettent en avant trois acteurs de complexité distincts en interrelation : le patient, le médecin mais également le système de santé.

Cette étude a en outre permis de mettre en évidence une association entre le milieu d'exercice et la proportion de patientèle en situation complexe qui s'est avérée plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Au total, pour les médecins généralistes installés en Alsace, un patient en situation complexe est défini par la combinaison de facteurs médicaux et de facteurs psycho-sociaux pouvant impacter négativement son état de santé.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Situations complexes, médecine générale, coordination de soins, définition

Président : Professeur Emmanuel ANDRES (PU-PH)

Assesseurs : Docteur Mathieu OBERLIN (PH), directeur de thèse

Docteur Florent HERZOG (MCA-MG)

Docteur Jean-Michel LAUER

Docteur Stéphanie DUTTO-RAMMAERT

Adresse électronique de l'auteur : valentine.maksuti@gmail.com