



HAL
open science

**Prise en charge coordonnée de la complexité en soins
primaires et qualité de vie perçue : évaluation
quantitative du protocole proposée par l'équipe
pluriprofessionnelle SENS au sein d'une maison de santé
pluriprofessionnelle (MSP) à La Réunion**

Étienne Thomas

► **To cite this version:**

Étienne Thomas. Prise en charge coordonnée de la complexité en soins primaires et qualité de vie perçue : évaluation quantitative du protocole proposée par l'équipe pluriprofessionnelle SENS au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02406079

HAL Id: dumas-02406079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02406079>

Submitted on 12 Dec 2019

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

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

UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE

Année : 2019

N° 2019LARE034M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE, spécialité de médecine GENERALE

**Prise en charge coordonnée de la complexité en soins primaires et qualité de vie
perçue : Evaluation quantitative du protocole proposé par l'équipe pluriprofessionnelle
SENS au sein d'une MSP à La REUNION**

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2019 à Mayotte (en visio-conférence
avec La Réunion)

Par Monsieur Etienne THOMAS

Né le 15/07/1989

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Madame le Docteur Jessica DUMEZ

Monsieur le Docteur Laurent CRUANES

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Véronique COCHET

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	1
TABLE DES FIGURES.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	7
I L'ÉQUIPE SENS ET SON PROTOCOLE CCC.....	8
II SOINS PRIMAIRES ET COMPLEXITÉ.....	11
A. <i>Définition de la complexité</i>	11
B. <i>Epidémiologie et coût de la complexité</i>	13
C. <i>Facteurs de complexité</i>	14
1. Le vieillissement.....	15
2. Chronicité et polypathologie.....	15
3. Psycho-socio-culturel.....	15
a. Multiculturalisme.....	15
b. Psychologie.....	16
c. Social.....	17
4. Compétences des médecins.....	17
5. Organisation du système de santé.....	17
D. <i>Solutions à la complexité</i>	18
1. Le Parcours de soins du patient.....	19
2. Prise en charge coordonnée.....	20
a. Les acteurs de la coordination.....	21
□ Le médecin généraliste.....	21
□ L'équipe pluriprofessionnelle.....	21
□ Les partenaires de l'équipe, dont usagers.....	23
b. Les outils à disposition des équipes.....	24
c. Les compétences de l'équipe.....	25
3. Champs de coordination.....	25
a. Coordination autour du patient.....	26
b. Coordination du protocole CCC.....	26
c. Coordination de la maison de santé pluriprofessionnelle.....	27
□ Définition, fonctionnement et financement de la MSP.....	27
□ Intérêts des MSP.....	29
d. Coordination territoriale.....	30
□ Les réseaux de santé.....	31
□ les communautés professionnelles territoriales de santé.....	32

4.	Les fonctions d'appui à la coordination	32
□	Le case management.....	34
□	La plateforme territoriale d'appui	34
□	La coordination inter Maisons de santé pluriprofessionnelles.....	35
5.	Enseignements sur la complexité, protocoles de recherche.....	36
III	JUSTIFICATION DU PROJET DE TRAVAIL	37
A.	<i>Questions de recherche</i>	37
B.	<i>Hypothèses</i>	37
C.	<i>Objectifs</i>	37
	MATERIEL ET METHODE.....	38
I	METHODE D'EVALUATION	38
A.	<i>Qualité de vie</i>	38
B.	<i>Autres mesures de l'efficacité du protocole CCC</i>	39
II	METHODE DE SELECTION	40
III	METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	41
IV	ANALYSE DES DONNEES.....	44
V	CRITERE ETHIQUE DE L'ETUDE	45
	RESULTATS ET ANALYSE	46
I	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ANALYSE	46
II	CRITERES D'EVALUATION.....	49
A.	<i>Critère principal</i>	49
B.	<i>Critère secondaire</i>	50
	DISCUSSION, CRITIQUES ET PERSPECTIVES.....	51
I	RESULTAT PRINCIPAL ET IMPLICATIONS.....	51
II	ATOUTS ET INCONVENIENTS DE L'ETUDE	52
A.	<i>Evaluation du critère principal</i>	52
B.	<i>Analyse du critère secondaire</i>	55
III	ATOUTS ET INCONVENIENTS DU PROTOCOLE CCC.....	57
IV	PISTES D'AMELIORATIONS, ALTERNATIVES DU PROTOCOLE CCC.....	62
	CONCLUSION.....	64
	ANNEXES	65
1.	Annexe – Liste des catégories de la complexité (selon grille ACI).....	65
2.	Annexe – Formulaire d'inclusion (accord patient)	66
3.	Annexe - Fiche patient du protocole	67
4.	Annexe - Le bilan éducatif global	68
5.	Annexe - Questionnaire repérage de l'HAS de la complexité	69

6. Annexe - Plan personnalisé de coordination santé	70
7. Annexe – Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.....	71
8. Annexe – Actions de la MSP de St Gilles les hauts.....	74
9. Annexe – Auto questionnaire MOS SF 36.....	75
10. Annexe - Calculs MOS SF 36	79
11. Annexe – Résultats de notre étude (MOS SF 36)	80
12. Annexe –Observance médicamenteuse	81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	82
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	88
RESUME	90

Table des figures

Figure 1 – Protocole CCC.....	10
Figure 2 – La pyramide de Kaiser - Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente.....	14
Figure 3 – Plan personnalisé de santé en 10 points clés. (Outil de l'HAS)	20
Figure 4 – Organisation de l'équipe de soins primaires SENS.....	22
Figure 5 – Fonctionnement de l'équipe SENS avec ses partenaires.....	23
Figure 6 – Fonctionnement de la MSP SENS.....	29
Figure 7 – Logo de la plateforme territoriale d'appui à La Réunion	35
Figure 8 – Logo du groupement des maisons et pôles de santé de l'Océan Indien	36
Figure 9 – Mesures de résultats d'intervention en santé.....	38
Figure 10 – Récapitulatif du protocole de l'étude pour évaluation du CCC.....	43
Figure 11 – Explication sur les boîtes à moustaches.....	45
Figure 12 – Répartition des patients selon l'âge.....	46
Figure 13 – Catégories socio-professionnelles des patients inclus dans l'étude.....	47
Figure 14 – Nombre de patients inclus en fonction du type de catégorie de la complexité	48
Figure 15 – (Résultats) résumés des distributions des scores physique (PCS) et psychique (MCS), exprimés sous forme de box plot.	49

Liste des abréviations

- ACI Accord conventionnel interprofessionnel
- AEP Acte éducatif ponctuel
- AEC Acte éducatif ciblé
- APA Allocation personnalisée d'autonomie
- APAME Activité physique prescrite médicalement évaluée
- ARS Agence régional de santé
- ASALEE infirmier s'inscrivant dans la démarche « Action de santé libérale en équipe »
- BEG Bilan éducatif global (terme propre à l'équipe SENS pour les CCC)
- BEP Bilan éducatif partagé (en ETP), aussi appelé diagnostic éducatif
- CCC Coordination cas complexe (protocole)
- CCP Coordination clinique de proximité
- CLS Contrat local de santé
- CMU(-C) Couverture maladie universelle (-complémentaire)
- CNGE Collège national des généralistes enseignants
- CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CPP Comité de protection des personnes
- CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé
- CSP Code de santé publique
- DGOS Direction générale de l'offre des soins
- DOM Département d'outre-mer
- EBM Evidence base médecine
- EN Echelle numérique
- ESP Equipe de soins primaires
- ETP Education thérapeutique du patient
- FFMPs Fédération française des maisons et pôles de santé
- FIR Fonds d'intervention régional
- GMPSOI Groupement des maisons et pôles de santé de l'Océan Indien
- HAD Hospitalisation à domicile
- HAS Haute Autorité de santé
- HPST Loi de santé 2009 « Hôpital, patients, santé et territoire »
- IDE Infirmière diplômée d'état
- IPA Infirmier en pratique avancée
- IPEP Incitation à une prise en charge partagée

- ITT Analyse en intention de traiter (intention to treat)
- LMSS Loi de modernisation du système de santé aussi appelée loi santé (2016)
- MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
- MSP Maison de santé pluriprofessionnelle
- MCS Mental component summary (score résumé psychique de la MOS SF 36)
- MOS SF 36 Médical outcome study - short form 36 (36 questions de l'auto-questionnaire de la qualité de vie)
- NSN Nombre de sujets nécessaires
- OIIS Océan Indien Innovation santé
- PCS Physical component summary (score résumé physique de la MOS SF 36)
- PSAD Prestataire de santé à domicile
- PEPS Paiement d'équipe pluriprofessionnelle de santé en ville
- PPCS Parcours de soins coordonnés en santé
- PPS Plan personnalisé de soin
- PPSPR Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours
- PRS Plan régional de santé
- PTA Plateforme territoriale d'appui
- RCP Réunion de concertation pluriprofessionnelle
- RMLB Réseau multidisciplinaire local bruxellois
- ROSP Rémunération sur objectifs de santé publique
- (PS) SENS (Pôle de Santé) Soigner ensemble : Equipe pluriprofessionnelle de la Maison de santé pluridisciplinaire de St Gilles les Hauts.
- SISA Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
- SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
- URPS Union régionale des professionnels de santé

Introduction

Le patient en situation complexe est un concept décrit récemment en médecine générale. Et pourtant, il représente un enjeu majeur de santé publique avec une prévalence estimée à ¼ des patients rencontrés en soins primaires (1). Ces patients présentent un risque accru d'hospitalisation non programmée et de rupture de parcours de soins (2). Les professionnels de soins primaires, conjointement avec les instances de santé, les sociétés savantes et l'assurance maladie, tentent d'améliorer la prise en charge de ces patients en situation complexe.

En l'absence de définition consensuelle dans la littérature médicale de ce qu'est une situation complexe, l'équipe Soigner ENSEMBLE (SENS) de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de St Gilles les Hauts propose celle-ci : Situation singulière de santé d'un patient, posant une problématique de prise en charge pour l'équipe soignante, et résultante d'un ensemble multifactoriel, comprenant les caractéristiques bio, psycho, sociale du patient, celles professionnelles et humaines du médecin, et celles du système de santé lui-même. (2) (3) (4)

Le mode d'exercice en MSP, par rapport à l'exercice médical isolé, améliore la prise en charge des patients en soins primaires, tout en améliorant la satisfaction des équipes pluriprofessionnelles (5). Or, l'une des problématiques de l'équipe de soins primaires SENS de la MSP de Saint Gilles les Hauts reposait sur la complexité. Elle a donc créé son propre parcours de soins pluri professionnel, appelé Coordination de Cas Complexes (CCC). Ce protocole s'inspire du case management, ou encore assistance au parcours et gestion des cas complexes, ayant fait ses preuves en terme d'efficacité et de réduction des coûts pour le système de santé (6) (7). Il reprend les concepts de parcours de soins, inspiré du plan personnalisé de santé (PPS), et s'appuie sur les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en termes de coordination autour des patients en situation complexe (référéncé sous le terme parcours de soins coordonnés en santé (PPCS) (8)) ; en y ajoutant des spécificités. Il est rendu accessible à tout patient en situation complexe, quel que soit ses revenus. Il comprend des actes éducatifs ponctuels. Il est réalisé en partie à domicile, *parfois avec les aidants*. Le protocole CCC pourrait solutionner la complexité identifiée par l'équipe SENS, voir, pourquoi pas, être généralisé aux soins primaires.

C'est pourquoi ce protocole nécessite une évaluation de son efficacité sur le terrain. Nous avons retenu, comme critère de mesure principal, la qualité de vie perçue des patients, en utilisant l'échelle MOS SF 36. D'autres paramètres, corrélés à l'efficacité de la prise en charge, ont été analysés : observance, nombre de molécules sur l'ordonnance, nombre d'hospitalisations (dont passage aux

urgences) et de consultations chez les médecins de la MSP, satisfaction de la prise en charge par le patient et par le professionnel adressant le patient. Ils ont été comparés avant et après prise en charge.

I L'équipe SENS et son protocole CCC.

Située à St Gilles les Hauts à La Réunion, créée en 2012, l'équipe de soins primaires SENS s'est formée autour d'un projet de santé. L'équipe, composée de professionnels de santé (dont 4 médecins généralistes en 2018) et d'autres professionnels non conventionnés, exerce au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Plusieurs des professionnels de santé de la MSP sont associés au sein d'une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Depuis 2017, la SISA SENS a contractualisé un financement annuel au titre de la coordination. Ce conventionnement s'est fait avec l'Agence régionale de santé – Océan Indien (ARS-OI) et l'assurance maladie en signant l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

La MSP de l'équipe SENS de St Gilles les Hauts est une structure libérale (associations de libéraux). Elle est multisite, c'est-à-dire que les différents acteurs ne partagent pas le même lieu d'exercice, mais il existe un lieu de réunion pour les projets et actions partagés. L'équipe agit autour d'une patientèle commune.

Avec son panel de différents professionnels et ses partenaires, l'équipe SENS est capable de répondre à la majorité des situations compliquées rencontrées. Mais, pour quelques patients, qualifiés de complexe, l'équipe a dû mettre en place une prise en charge spécifique : le protocole CCC. Il s'agit d'un protocole unique, adapté aux besoins et aux ressources disponibles de l'équipe. Cependant, il reprend les critères qualité développés par l'HAS : en s'inspirant du parcours de soins type PPS, il répond aux exigences de la coordination de proximité (équipe pluriprofessionnelle, RCP, outils de coordination) et s'apparente également aux fonctions d'appui (équivalent de case manager, équivalent d'équipe mobile se rendant à domicile, soins intégrés dans le maillage territorial des acteurs de santé).

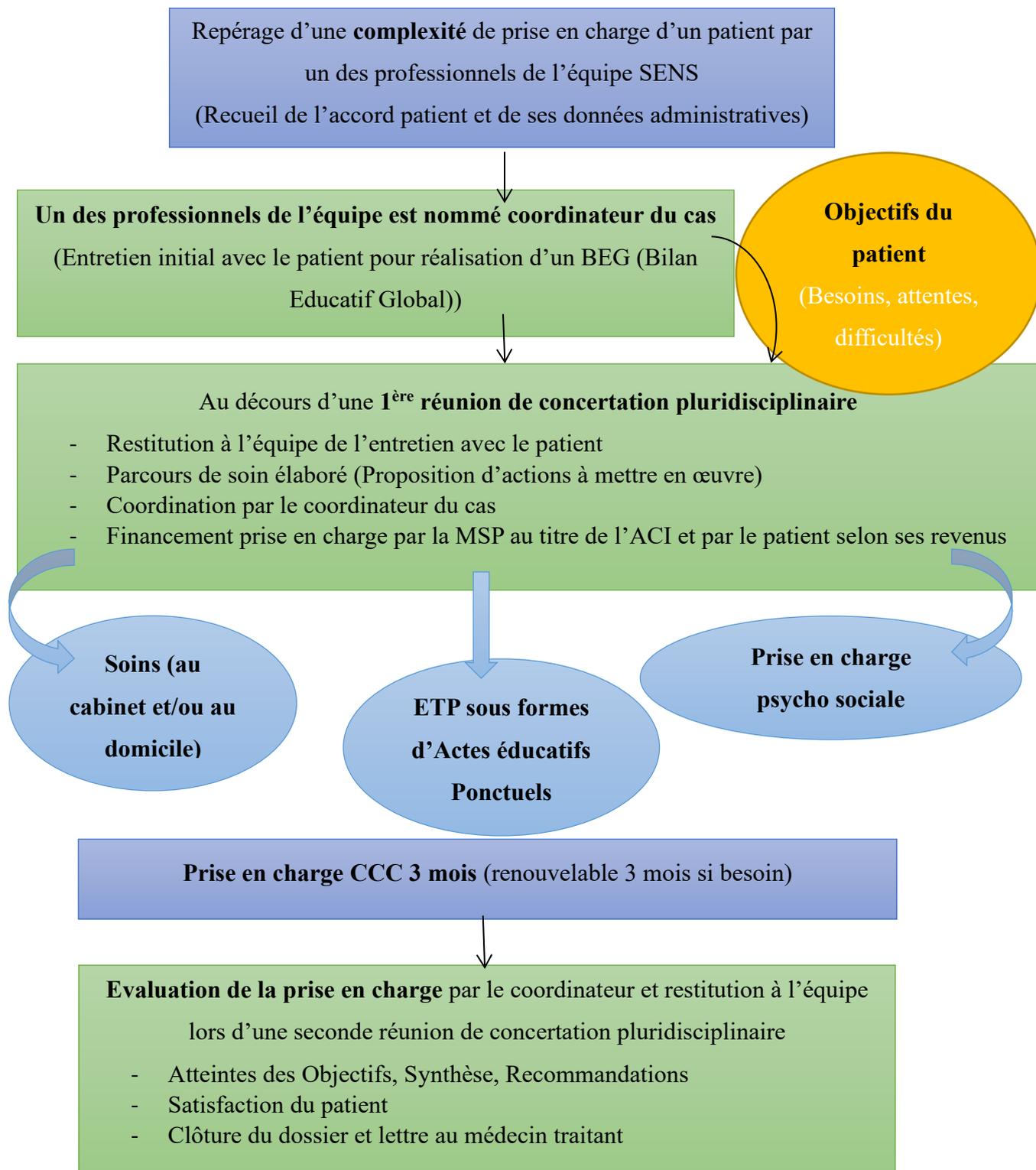
Pour résumer le parcours de soins CCC :

- Un professionnel de santé de l'équipe SENS, de soins de premiers recours de la MSP de St Gilles les Hauts (non nécessairement un médecin), repère lors d'une de ses consultations un patient en situation complexe (voir annexe 1, liste ACI), et lui propose d'incorporer le modèle de prise en charge CCC, après lui avoir expliqué l'intérêt du protocole, le respect des données dans le cadre du secret médical et la possibilité de se retirer à tout moment. Si le patient

- accepte, le professionnel recueille par écrit l'accord du patient pour intégrer le protocole CCC (voir annexe 2). Il recueille également les données administratives (caractéristiques de la population étudiée) et complète la fiche d'inclusion (cf. annexe 3).
- Puis, selon les disponibilités des membres de l'équipe SENS, un coordinateur du cas complexe est nommé. Il réalise un bilan initial éducatif global (BEG) (cf. annexe 4) restitué au patient, analysant les facteurs de complexité, ainsi que les besoins et attentes du patient. Le coordinateur lui propose plusieurs axes de travail. Les objectifs thérapeutiques sont donc fixés d'un commun accord avec le patient (équivalent de contrat de soins non formalisé). Le coordinateur du cas propose aux intervenants pertinents pour la prise en charge, une première réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), pour définir ensemble les axes et les modalités de travail (nombre et rythme des séances) à mettre en place. Des professionnels non conventionnés avec la Sécurité Sociale, membres ou partenaires de l'équipe SENS (psychologue, diététicienne, coach d'activité physique adaptée, sophrologue, hypnothérapeute, musicothérapeute...), peuvent également être amenés à intervenir. Selon les moyens financiers du patient et le budget annuel de la SISA, l'équipe apprécie le montant qui sera alloué à la prise en charge des séances spécifiques dans le cadre du protocole CCC et la participation financière possible par le patient pour la poursuite de certains des axes non pris en charge par l'assurance maladie.
 - S'ensuit alors la réalisation des actions planifiées par l'équipe avec le patient. Pendant 3 mois, les professionnels retenus (de l'équipe SENS ou partenaires) interviennent auprès du patient selon les modalités du protocole fixées en RCP. La prise en charge peut avoir lieu au domicile et/ou dans les locaux des professionnels de santé. Les aidants sont également pris en compte (selon chacun : écoute, sensibilisation +/- actes éducatifs). Une évaluation par le coordinateur est réalisée à 3 mois de l'inclusion. Selon la durée nécessaire de prise en charge CCC, cette évaluation sera soit :
 - o Finale, la prise en charge CCC est terminée.
 - o Intermédiaire si 3 mois supplémentaires sont jugés nécessaires par le coordinateur du cas, notamment si les objectifs fixés ne sont pas remplis.
 - Lorsque la prise en charge est considérée comme terminée par le coordinateur (à 3 ou 6 mois selon l'évaluation à 3 mois de prise charge), le bilan de synthèse final est réalisé par le coordinateur. Le questionnaire final de fin de prise en charge comprend la date de fin de prise en charge, les intervenants et le nombre d'interventions, leur satisfaction. (*en cas de patient perdu de vue, la prise en charge est clôturée, et le coordinateur note « perdu de vue »). Le coordinateur voit avec le patient si les objectifs thérapeutiques ont été atteints, quels ont été son ressenti et sa satisfaction d'avoir bénéficié de cette prise en charge. Le Coordinateur restitue ce bilan final à l'équipe pluriprofessionnelle au cours d'une nouvelle RCP, ou par mail.

Des recommandations pour la suite de la prise en charge peuvent être émises, alors incluses dans la synthèse finale. La prise en charge CCC est clôturée. (Un courrier serait également envoyé au médecin traitant si le patient était extérieur à la patientèle de la MSP).

Figure 1 – Protocole CCC



II Soins primaires et complexité

Les politiques de santé actuelles visent une optimisation de la qualité et des coûts de prise en charge des patients. Selon le rapport de 2015 du Professeur Pierre-Louis Druais (9) sur l'état des lieux de la médecine générale, une des solutions serait de basculer une partie de la gestion et des coûts de prise en charge des patients de l'hôpital vers la ville. La loi santé de 2016 d'Agnès Buzin entérine ce virage ambulatoire. Cette réforme entraîne un report de la prise en charge de situations médicales plus compliquées, voir complexes, coordonnées précédemment par le secteur hospitalier vers les soins primaires. Nous analyserons ici la problématique de la complexité, sa définition, ses enjeux, ses facteurs, et les solutions envisageables, notamment en soins primaires.

A. Définition de la complexité

La question de départ est celle-ci : « Pourquoi certains patients en médecine générale sont-ils si difficiles à prendre en charge ? ». On notera que pour y répondre, il faudra que le clinicien ait déjà répondu à une autre question « Ce que je fais a-t-il un intérêt pour mon patient, est-ce que c'est efficace ? ». On voit dès lors que la prise en charge de cas complexes nécessite une capacité d'autoréflexion et d'auto-évaluation de la part du médecin. Cela implique également que le clinicien fixe des objectifs à (et avec) son patient s'il veut pouvoir se rendre compte du résultat d'une prise en charge (suivie). La définition de la complexité en médecine générale est un préalable indispensable à ce travail.

Le Dr Caroline Tanquerel, dans sa thèse de 2015 (3) « la coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du pré-bocage », rattache les origines du concept à l'américain G. L. Hengel. Ce médecin psychiatre publiait son modèle de prise en charge bio-psycho-social centré patient dans les années 70. Les caractéristiques retenues dans sa thèse sont qu'un système complexe est unique à chaque situation, et à chaque observateur. Il est variable, pouvant être complexe à résoudre pour un professionnel et seulement compliqué pour un autre. Il est multidimensionnel, organisé de manière chaotique avec une interdépendance de ces constituants. L'ensemble de ces caractéristiques rend le cas complexe « non protocolisable » dans sa prise en charge (hors Evidence Base Médecine (EBM) (10) (11) (12).

	Perception du monde	Système socio-environnemental	Cause	Effet	Solutions	Méthodes en santé
SIMPLE	Ordonné	Stable	Une seule connaissable	Un seul Prévisible	Une seule	EBM
COMPLIQUE	Ordonné	Stable	Plusieurs connaissables	Plusieurs Prévisibles	Plusieurs	EBM
COMPLEXE	Désordonné	Instable	Plusieurs Inconnues	Plusieurs Imprévisibles	Plusieurs non garanties	<i>EBP ; Patterns ; Savoirs-faire transversaux ; intégration</i>

(Du simple au complexe : caractéristiques comparées - Article du Réseau Belge réseau multidisciplinaire local de bruxelle (RMLB) « Gestion de la complexité : Face à la complexité des soins, adaptation du cadre stratégique du RMLB (2018) »).

La complexité d'une situation est variable selon les thématiques, selon le lieu et peut évoluer dans le temps. L'HAS en 2014 (2) définit une situation complexe selon ces termes « situation d'un patient pour laquelle 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 (cf. annexe 5 - grille HAS de repérage de la complexité). La complexité n'est jamais mono factorielle, elle est liée à cette intrication de difficultés ». Un article suisse du département de médecine générale de 2011 reprenait les facteurs intervenant dans la complexité, en partie retrouvés dans la définition de l'HAS (4). L'auteur rajoutait comme constituant de la situation, le profil intellectuel et émotionnel du médecin, ainsi que celui des caractéristiques organisationnelles du système de santé.

En s'appuyant sur ces trois références, nous avons retenu comme définition de la complexité : « Situation singulière de santé d'un patient, posant une problématique de prise en charge pour l'équipe soignante, et résultante d'un ensemble multifactoriel, comprenant les caractéristiques bio, psycho, sociales du patient, celles professionnelles et humaines du médecin, et celle du système de santé lui-même ».

En pratique, trois techniques sont utilisées pour repérer un patient en situation complexe (2). Il peut s'agir de sélection par critères (exemple : questionnaire de repérage de la complexité de l'HAS dans son guide « comment organiser les fonctions d'appuis aux professionnels de soins primaires ? »), par jugement/intuition clinique du praticien et enfin par modélisation prédictive. Selon la littérature, l'utilisation du modèle prédictif est beaucoup plus efficiente que celle des deux autres approches. Cependant, elle est aussi plus complexe, moins facile à utiliser en pratique courante. C'est pourquoi, l'équipe SENS a préféré choisir la méthode par intuition clinique (basée sur sa propre définition de

la complexité), combinée à la liste des situations retenues par l'assurance maladie dans le cadre des Accords Conventionnels Interprofessionnels d'avril 2017 (ACI) comme étant des situations complexes :

- Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme instable, troubles psychiques graves...
- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxiodépressif...
- Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : anti vitamine K ; insulinothérapie...
- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...), plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique), patients polypathologiques, soins palliatifs, suivi post accident vasculaire cérébral...
- Patients obèses ;
- Grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions...)
- Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association de troubles psychiques, de troubles du comportement et/ou de difficultés sociales ; et comprenant également la maltraitance intra familiale.
- Un critère complémentaire a été ajouté dans le cadre du protocole CCC pour permettre au clinicien ayant repéré un patient n'entrant pas dans les critères de la liste ACI, de l'y inclure. Le patient doit cependant répondre à la définition de la complexité telle que définie par l'équipe SENS : Situation singulière de santé d'un patient, posant une problématique de prise en charge pour l'équipe soignante, et résultante d'un ensemble multifactoriel, comprenant les caractéristiques bio, psycho, sociales du patient, celles professionnelles et humaines du médecin, et celles du système de santé lui-même.

B. Epidémiologie et coût de la complexité.

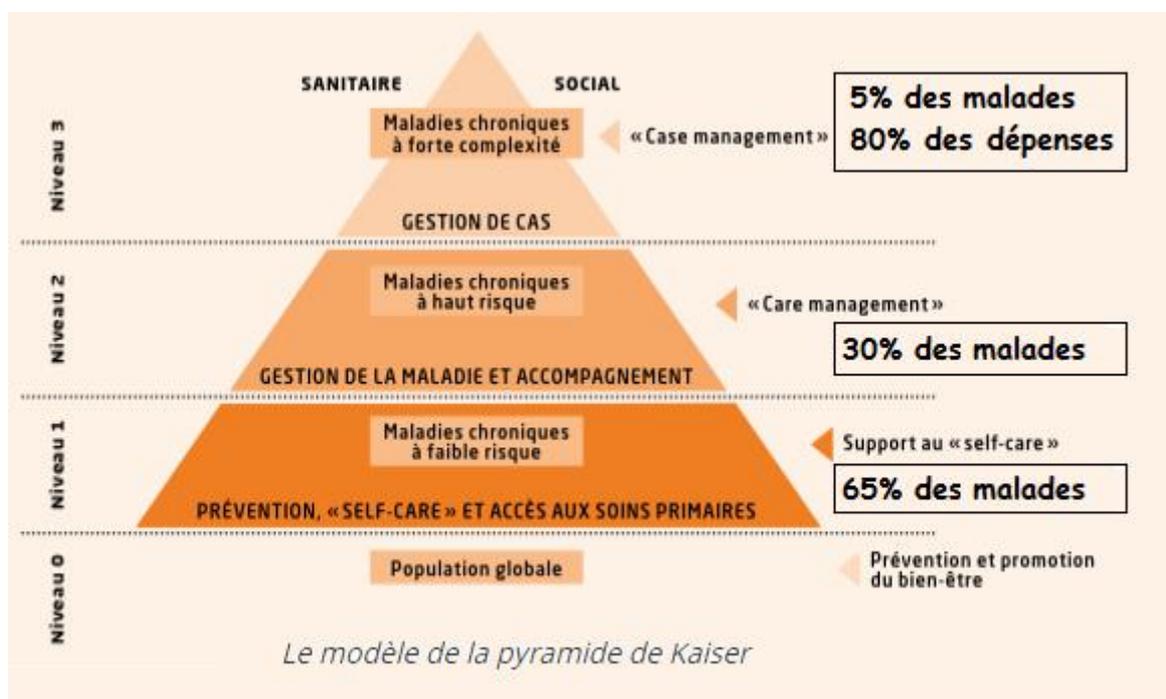
Avec l'évolution socio culturelle et le progrès technique de nos sociétés, le vieillissement et ses problématiques ont progressés, en parallèle d'une grande disparité de l'offre sanitaire et sociale.

Ces phénomènes participent à l'émergence de la complexité. Elle représente l'un des enjeux majeurs

de santé publique du 21^{ème} siècle. Les impacts sont aussi bien humains (avec une diminution de la qualité des soins et parfois une rupture du parcours de soins du patient) que financiers pour le système de santé. (3)

Selon les études, la prévalence de la complexité en soins primaires représente de 5 et 25 % de la patientèle. Son coût estimé est compris entre 50 et 70-80 % des dépenses du système de soins. (1) (13) (14).

Figure 2 – La pyramide de Kaiser - Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente.



C. Facteurs de complexité

La complexité résulte d'une combinaison unique de facteurs, interdépendants. Le bilan initial de la prise en charge, dressé par le professionnel de santé, permettra de recenser les différents facteurs intervenant dans la complexité afin de solutionner la (les) problématique(s).

Dès le premier entretien, il s'agira d'intégrer les choix du patient à la prise en charge : on parle de soins intégrés. A La Réunion, chaque communauté a ses propres représentations culturelles, fruit d'une longue évolution sociologique lié au brassage interculturel. Le patient possède un vécu et une expérience qui lui sont propres et s'inscrivent dans un environnement particulier : économique, familial, social. La perception personnelle et unique de la maladie par le patient dépendra de cet ensemble.

Dans le protocole CCC, un BEG (voir annexe 4) est réalisé initialement par le coordinateur du cas complexe. Cela permet d'analyser les facteurs de complexités (approximativement comme la séquence « évaluation » du PPS) (15), mais aussi les représentations, le ressenti et le vécu du patient, associés à ses besoins et ses attentes en termes de santé (approximativement comme le bilan éducatif partagé (BEP) en éducation thérapeutique du patient (ETP)(16)). Les axes thérapeutiques et les objectifs fixés avec le patient découleront directement de cette évaluation. Une priorisation des objectifs sera effectuée en accord avec le patient.

1. Le vieillissement

L'âge avancé est l'un des facteurs principaux de complexité (17). Selon les projections de l'INSEE, en 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Au 1^{er} janvier 2013, l'INSEE estime l'espérance de vie des femmes à La Réunion à 83,5 ans contre 85 ans en France métropolitaine, et celle des hommes à 77 ans contre 78,7 ans en France métropolitaine (18). La polypathologie et la polymédication/iatrogénie sont plus importants dans cette population. L'isolement social également. Le nombre d'intervenants est plus élevé dans la prise en charge de la personne âgée, avec un risque accru de fragmentation des soins. Les concepts associés à la gériatrie et à la complexité sont notamment la fragilité, la dépendance, le handicap.

2. Chronicité et polypathologie.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population vieillit et le nombre de maladies chroniques par patient augmente (19). La majorité de ces patients présentent une polypathologie, c'est-à-dire plusieurs pathologies chroniques associées (17), parfois associées à la complexité (11)(20). La direction générale de l'offre de soins (DGOS) (21) souligne le lien entre chronicité, polypathologie et complexité : *« la complexité représente essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés »*. La chronicité et la polypathologie sont un des facteurs majeurs de complexité, mais ne lui sont pas exclusives !

3. Psycho-socio-culturel

a. Multiculturalisme

A La Réunion, plusieurs communautés vivent ensemble : Des Créoles descendant des premiers arrivants - français et malgaches - comprenant les Yabs (petits blancs des hauts) et les Métisses ; des

Cafres (noirs) d'origine malgache ou africaine ; des Indiens (malbars et tamouls ; karanes indiens immigrés de Madagascar) ; des Z'arabes de religion musulmane (originaire des régions indo musulmans de l'ouest de l'Inde principalement) ; des Chinois ; des Mahorais et Comoriens ; des Métropolitains (zoreils). La population réunionnaise est un melting pot culturel.

Selon le bulletin de situation sanitaire de l'ARS Océan Indien 2016 (18), en comparant les caractéristiques de la population créole à celle métropolitaine, on retrouve un âge de la population créole plus jeune, une espérance de vie légèrement diminuée, plus d'enfants (fécondité 2.43 enfants/femme), un taux d'illettrisme plus important et une précarité plus forte, autant de pathologies chroniques, avec des problèmes de santé publique plus marqués (exemple du diabète).

Les différences culturelles, notamment lorsqu'il existe une incompréhension linguistique ou conceptuelle, sont responsables d'une plus grande complexité (22). La prise en compte de la systémique a toute sa place dans l'approche de la complexité. La famille, l'environnement, le domicile sont des éléments importants dans la culture créole dont le soignant devra tenir compte dans la prise en charge des patients en particulier dans le cas des situations complexes :

- Les aidants, souvent représentés par la famille, ont un rôle indispensable dans la prise en charge du patient (23) (24). Ils sont une des ressources sur lesquelles s'appuie le malade, mais il est également nécessaire que soient pris en compte leurs besoins (23). L'état de santé et la qualité de vie du malade sont corrélés à ceux de son aidant.
- Avec le vieillissement de la population, et donc l'augmentation de la dépendance, le volume de soins à domicile tend à augmenter. L'intérêt d'un suivi à domicile n'est plus à démontrer (25) (26) (27). Deux thèses récentes réunionnaises ont montré que : un, les patients créoles attendent de leur médecin qu'il se déplace à domicile en cas de nécessité (28) ; et deux, l'intervention des professionnels libéraux à domicile à La Réunion reste pourtant limitée (29).

b. Psychologie

La prévalence des troubles psychiatriques en France métropolitaine est de 30 pour 1 000 habitants. L'état de santé mentale est comparable entre la population réunionnaise et la population métropolitaine, à l'exception de la consommation de médicaments psychotropes qui apparaît moins fréquente sur l'île. Les troubles psychiatriques (dépressions, addictions, troubles de la personnalité...) sont étroitement liés à la complexité (30).

c. Social

La précarité complexifie toute situation. Elle aussi est multidimensionnelle, représentant une absence d'une ou plusieurs sécurités dans différents domaines (fragilités et instabilités dans le domaine du travail, de la vie familiale, de l'habitat, des soins, de l'éducation). L'insécurité en résultant est plus ou moins étendue, plus ou moins préjudiciable. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence. (31). Les personnes précaires ont des trajectoires de vie complexes, où se mêlent des aspects sociaux et sanitaires, et un moindre recours aux soins (32).

En France, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 60 % du niveau médian (soit 1 041 euros – Insee, données 2017). Selon le rapport de l'Insee 2018, le taux de pauvreté à La Réunion est de 40 % (contre 14 % en métropole). Selon l'observatoire des inégalités, en France, l'extrême pauvreté diminue l'espérance de vie d'environ 10 ans par rapport aux classes aisées (33). En 2018, le taux de chômage à La Réunion est de 24 % (contre 9 % en métropole). Le droit français assure le droit à la prise en charge des frais de santé pour toute personne travaillant ou résidant en France. La Protection Universelle Maladie (PUMA) couvre la part obligatoire de la Sécurité Sociale pour les soins. Les personnes les plus précaires peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), prenant en charge la part complémentaire et la participation forfaitaire. Elle couvre donc 100 % des prestations de soins, et permet d'appliquer le tiers payant. Pour être éligible à cette aide sociale, il ne faut pas dépasser un certain plafond annuel de ressources, dépendant de la composition du foyer familial et de la localisation géographique (départements d'outre-mer (DOM) ou métropole). A titre indicatif, à La Réunion en 2015, 36.9 % des réunionnais ont la CMU-C (la part des bénéficiaires de la CMU-C est 5 fois plus importante qu'en métropole).

L'exclusion sociale est, elle aussi, un facteur de moins bonne qualité de vie (Insee, facteurs déterminants le bien-être de la population (34)). Elle majore la complexité des situations médico-sociales (32).

4. Compétences des médecins

La perception de la complexité est corrélée au degré de compétence du médecin. Interviennent la formation initiale, la formation continue des professionnels et le niveau de recherche en soins primaires. (4) (11) « *On ne peut pas demander aux médecins généralistes de mettre en œuvre une médecine fondée sur les preuves sans développer la production de ces preuves* ». (9)

5. Organisation du système de santé

Le système de santé actuel est trop complexe pour que l'utilisateur s'y retrouve (9). Les déserts médicaux rendent le travail de médecine générale plus pénible et compliqué. Il existe des difficultés de coordination en soins primaires, à l'origine desquelles on retrouve souvent le manque de temps des professionnels, le manque de formation et d'informations sur les structures existantes et sur les compétences respectives des différents professionnels de santé impliqués. Ces difficultés, quand elles ne sont pas prises en compte, altèrent la continuité des soins. Les cas complexes sont peu valorisés professionnellement : ils sont chronophages, mal payés (système de santé fonctionnant à l'acte), mal connus des autres intervenants. La satisfaction personnelle du praticien, ainsi que celle du patient et de sa famille restent heureusement des éléments motivants. Le patient devra naviguer au sein du système, multipliant les visites chez les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux (et les tâches administratives, les déplacements, de l'énergie et du temps non rémunérés...), ce qui constituera déjà une difficulté en soi. (35)

D. Solutions à la complexité

Depuis plusieurs années, les efforts des institutions publiques portent sur la réorganisation des soins primaires. En effet, de nombreuses études montrent que les soins de santé primaires forts sont associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisation inutiles et à une moindre inégalité socio-économique. (36) (37). De plus, l'exercice professionnel en équipe facilite le fonctionnement et améliore l'efficacité et la qualité des soins (5). L'efficacité et l'efficience des soins dispensés aux patients complexes passent par de nouveaux dispositifs de prise en charge structurée et coordonnée (35).

En 2009, avec la loi « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), l'état introduisait un nouvel acteur dans l'organisation de la santé : l'ARS et sa démarche qualité. En parallèle, les MSP naissaient, réorientant l'exercice professionnel isolé vers l'équipe pluriprofessionnelle coordonnée. La loi santé de 2016 (aussi appelée LMSS loi de modernisation du système de santé) met l'accent sur le virage ambulatoire, avec un transfert de charge de l'hôpital vers les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires. Le plan régional de santé (PRS) 2018-2023 de l'ARS-OI définit les modalités futures de l'organisation de santé de l'Océan Indien (38). Comment articuler la prise en charge de la complexité en soins primaires et cette évolution de nos modes d'exercices ?

Dans ce chapitre, chaque paragraphe comprend un descriptif des dispositifs généraux existants pour répondre à la complexité, puis se focalise dans un second temps, sur la spécificité du modèle organisationnel (39) de soins intégrés mis en place par l'équipe pluriprofessionnelle SENS au sein de la MSP de St Gilles les Hauts et de son protocole CCC.

1. Le Parcours de soins du patient

L'approche « parcours » (« clinical pathway » en anglais) peut être résumée dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût ! (modèle de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)(8)). La notion de parcours de soins permet de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués (40). Le parcours de soins permet ainsi le décroisement des acteurs du système de santé, nécessaire dans les cas de la complexité. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ». Or, comme vu précédemment, le cas complexe, par définition, ne peut être standardisable. Mais alors, quid d'un protocole ?

S'agissant d'une approche globale de la personne et de sa situation, il a fallu créer des outils pour évaluer et accompagner/résoudre la complexité. La démarche PPS est une des solutions employées pour le parcours de la personne âgée (selon le modèle PAERPA), repris dans un second temps sous le terme de plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) (voir annexe 6), dans le cadre de situations complexes plus générales. Le PPS et le PPCS sont des plans d'action concernant les patients dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité. Le PPS et le PPCS fournissent un cadre méthodologique tout en laissant son contenu à l'appréciation des professionnels, en tenant compte du point de vue du patient. Ils s'inscrivent dans une séquence « repérage – évaluation – planification – suivi - révision ». Ces plans de soins multidimensionnels semblent être des outils adaptés aux situations complexes. La démarche de soin est centrée patient, *et non plus maladie* ! (41) incluant le concept de « décision médicale partagée ».

Figure 3 – Plan personnalisé de santé en 10 points clés. (Outil de l’HAS)



Le protocole CCC développé par l'équipe SENS s'inspire de la séquence PPS dans son parcours de soins. Il est intéressant de noter que lors de la conceptualisation du protocole CCC, le PPS n'avait pas encore été formalisé par l'HAS.

L'évaluation des pratiques est nécessaire dans l'optique d'une amélioration des prises en charge. L'évaluation d'un parcours de soins peut porter sur l'ensemble des participants, une partie (échantillon) comme développé dans cette thèse, ou le suivi d'un individu particulier (démarche HAS – Outil « Le patient traceur : démarche d'une analyse en équipe du parcours patient »).

2. Prise en charge coordonnée

Une situation complexe implique le recours à plusieurs intervenants, le médecin généraliste ne pouvant répondre seul à la problématique. Ces intervenants doivent travailler ensemble et échanger les informations pertinentes, afin que la prise en charge soit efficace. Selon une analyse de Sciences Po et de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) de 2019 (37), la prise en

charge coordonnée est définie par ces caractéristiques :

- Coordination logistique, facilitatrice fonctionnelle du travail.
- Coordination opératoire, articulant l'action des partenaires à un projet. La coordination opératoire est sans aucun doute d'autant plus nécessaire que le patient est complexe et qu'il nécessite des interventions complémentaires et non similaires.
- Coordination collective, rendant possible une décision élaborée qui sera ensuite diffusée aux membres de l'équipe de soins primaires.

a. Les acteurs de la coordination

- ***Le médecin généraliste***

Le médecin généraliste est l'acteur principal de la coordination des soins, ayant la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » (article L.4130-1 du code de la santé publique/réaffirmé dans la loi 2016 LMSS). Il a un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé. Les équipes de premier recours deviennent l'élément clé de l'orientation et de la coordination. Actuellement, en dehors du cadre des équipes de soins primaires, la prise en charge coordonnée des professionnels en ville se fait le plus souvent de manière informelle.

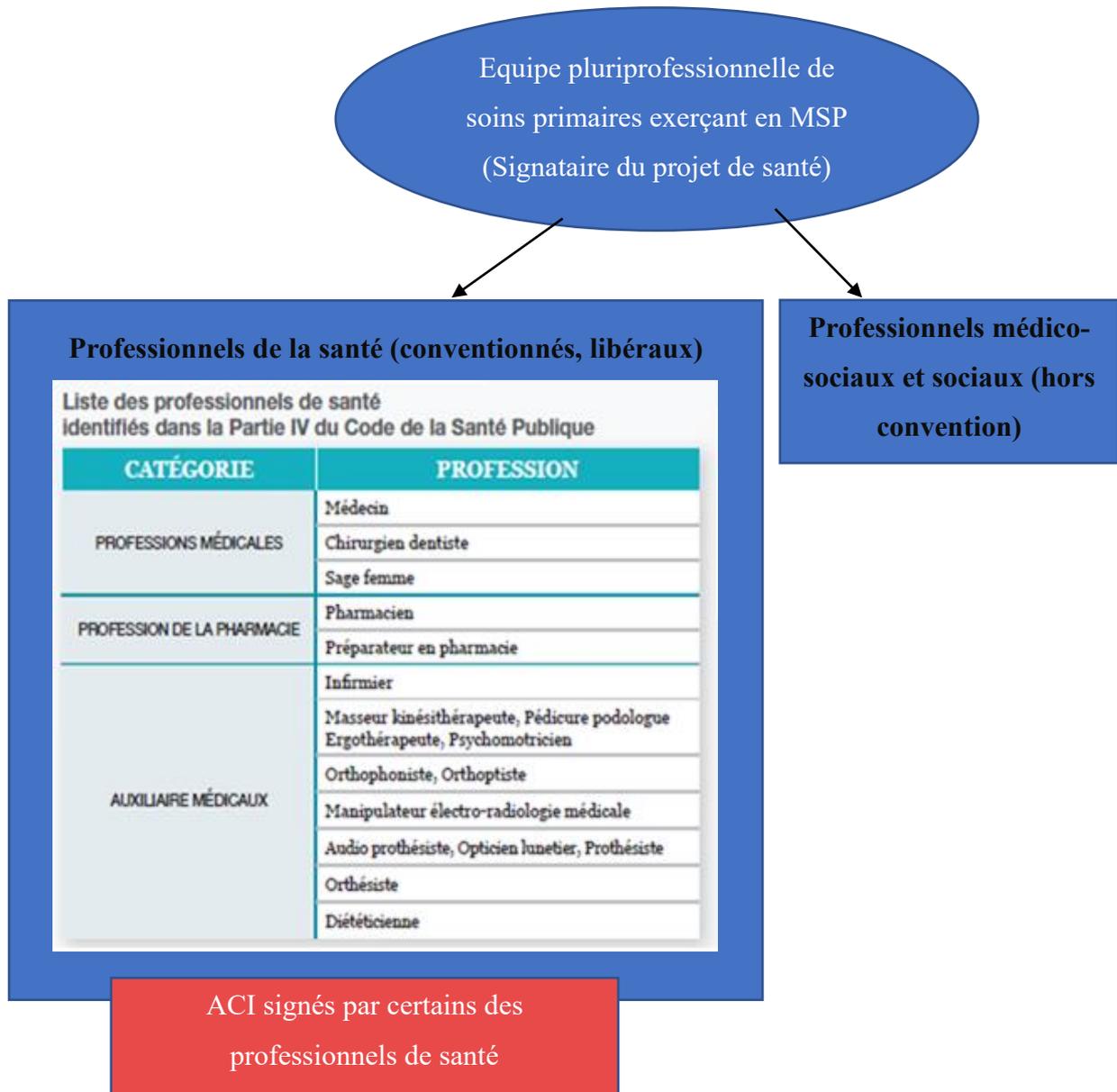
- ***L'équipe pluriprofessionnelle***

Le médecin doit s'associer à un (ou plusieurs) autre(s) professionnel(s) de santé pour résoudre la situation complexe d'un patient. On parle alors d'équipe pluriprofessionnelle témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune. Le fonctionnement de l'équipe est intégré à l'offre territoriale de soins, c'est-à-dire fonctionne en coordination avec les autres acteurs de santé du territoire. En médecine de ville, on parle d'équipe en soins primaires (ESP) ; Les équipes des MSP sont des ESP intervenant dans une structure particulière. Certaines équipes se sont organisées autour de la coordination du parcours de soins de la personne âgée (modèle PAERPA) : coordination clinique de proximité (CCP) (37) .

Une équipe de soins primaires (ESP) est constituée de tout professionnel de santé de 1^{er} recours et 2nd recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, exerçant dans une même zone géographique, et qui souhaitent se mobiliser et se coordonner autour d'un projet de santé bénéficiant à leurs patients (Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique). Les ESP

peuvent prendre plusieurs formes : Maisons de santé pluriprofessionnelles mono ou multi sites, Centres de santé, autres formes de coopération, plus légères. Dans le cadre des MSP, il faut qu'il y ait au minimum deux médecins généralistes et un autre professionnel paramédical.

Figure 4 – Organisation de l'équipe de soins primaires SENS



Conformément au code de santé publique CSP Article L6323-3 (loi 2007) sur les maisons de santé publique, l'équipe SENS de la (MSP) regroupe des professionnels de santé de premier recours, d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné et libéral. Elle est constituée des membres signataires du projet de santé de la MSP (professionnels de santé de premiers recours conventionnés avec la Sécurité Sociale et des professionnels non conventionnés, médicaux-sociaux ou sociaux) (42). L'équipe pluriprofessionnelle exerçant en maison de santé est appelée « équipe de soins primaires ». L'ensemble de ses actions sont décrites dans le « projet de santé de la MSP », pierre angulaire de l'équipe, co-écrit ensemble, et devant être mis à jour régulièrement.

L'équipe pluriprofessionnelle de la MSP SENS est composée des Actuels Adhérents (signataires du projet de santé) : 4 Médecins Généralistes, 2 pharmaciens, 2 IDE, 1 Kiné, 1 Sagefemme, 1 podologue, 2 diététiciennes, 2 psychologues, 2 coachs de sport, 1 Coordinatrice.

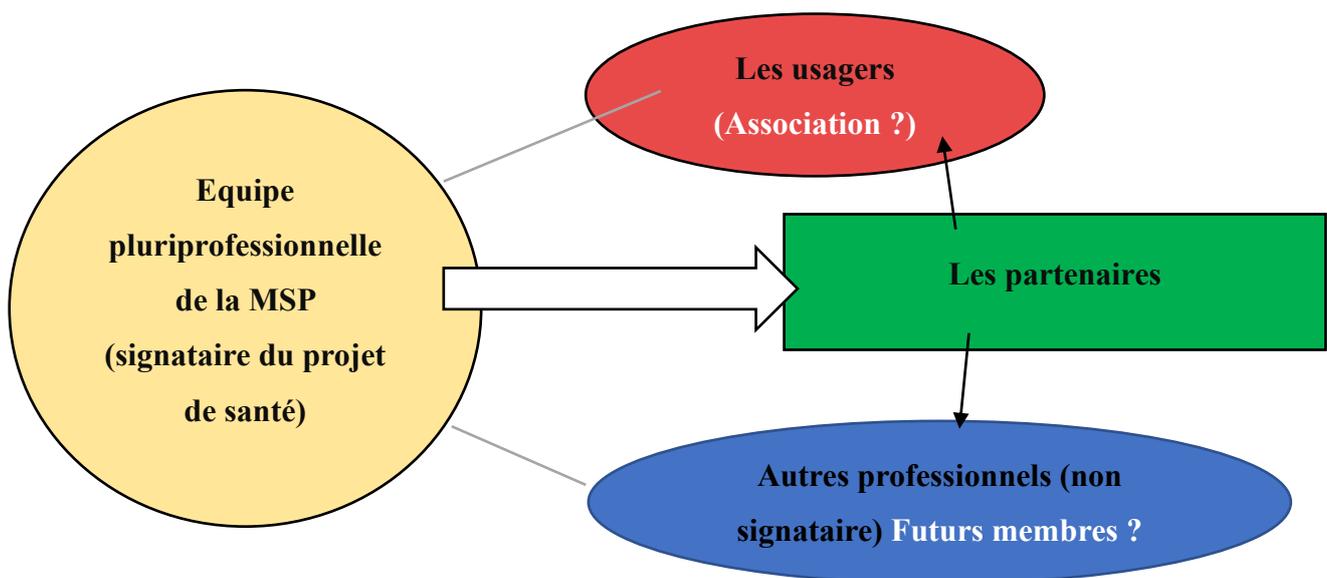
La plupart des membres de l'équipe SENS sont formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (formation de 40 heures ou DU d'ETP). Ils peuvent dispenser des activités éducatives ciblées personnalisées (AEP) et utiliser des outils d'ETP spécifiques à l'équipe. Une des infirmières est également formée au protocole de coopération Asalée.

- **Les partenaires de l'équipe, dont usagers**

Interviennent également de manière informelle, des partenaires privilégiés sur des projets précis (et pouvant être des futurs membres de la MSP). Actuels partenaires (non signataires du projet de santé) déjà bien présents : 1 Photographe en formation art-thérapie, 1 sophro-hypnothérapeute, 1 coach de sport, 1 Sagefemme fasciathérapeute. Un relais avec une assistante sociale de secteur est également possible.

La présence d'usagers de soins est fortement recommandée (38), avec leur participation au projet de santé (43). La MSP précise dans quelle mesure les usagers sont associés, le cas échéant, à la gouvernance de la MSP. Dans le cadre de l'équipe SENS, un patient est ainsi intervenu de manière ponctuelle au sein d'un programme d'ETP de la MSP (mais pour l'instant, pas d'intervention dans le protocole CCC).

Figure 5 – Fonctionnement de l'équipe SENS avec ses partenaires



b. Les outils à disposition des équipes

Les médecins de ville utilisent peu les moyens mis à la disposition des équipes pluriprofessionnelles pour la prise en charge coordonnée des situations complexes. La démarche qualité passe pourtant par la formalisation de nos prises en charge. Voici les différents outils mis à la disposition des équipes de soins primaires. Le cadre est défini par les instances publiques, le contenu est à l'initiative des équipes !

- Projet de santé. Il se compose de deux parties, un projet professionnel et un projet de soins. Il représente l'ensemble des actions coordonnées dans lesquelles l'équipe souhaite s'investir. Le projet de santé doit être en conformité avec le Projet Régional de Santé (PRS), fixé par l'ARS.
- Réunions de concertation pluridisciplinaire : Au sein des MSP, ces réunions sont organisées à un rythme régulier, en mobilisant les professionnels concernés par la problématique identifiée.
- Protocoles de coordination et article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) : Développer des protocoles de coopération médecin-infirmier s'inscrivant dans la démarche « Action de santé libérale en équipe » (dispositif ASALEE) ou des protocoles pluriprofessionnels de premier recours (PPSPR) (- sur les antivitamines K, l'hypertension artérielle...), la mise en place de parcours de soins (PPS/PPCS) pour les patients complexes. L'article 51 de la LFSS, codifié à l'article L. 162-31-1 du code de la Sécurité Sociale, permet la mise en place de dispositifs innovants en matière de santé, et permet de déroger à certaines dispositions du Code de la Sécurité Sociale et du Code de la santé publique.
 - a) Délégation protocolisée de compétences ; l'exemple du dispositif ASALEE : Créée en 2004 pour améliorer la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers, l'association ASALEE met en œuvre un protocole de coopération en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST de 2009. Ce protocole doit être autorisé par l'Agence régionale de santé (ARS).
 - b) De nouveaux types de financement pour de nouvelles organisations de santé. Les expérimentations sont limitées à 5 ans, et sont financées par l'ARS.
 - Paiement d'équipe pluriprofessionnelle de santé en ville (PEPS) (forfait patientèle pour les MSP ou les centres communautaires).
 - (Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) (Equivalent de l'ACI rémunérant la coordination, mais pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à l'échelle d'un bassin de population).
- Analyse des pratiques : évaluation des prises en charge et démarche d'amélioration des pratiques. Démarche qualité et Développement Pluriprofessionnel Continu.

- De nouveaux outils de communication permettent d'améliorer le travail en équipe tels que la mise en place d'un système d'informations partagées : SI système d'information interprofessionnel et des logiciels métiers compatibles, des dossiers médicaux personnels partagés (DMP) et pharmaceutique (DP), la messagerie sécurisée, la télémédecine et la télésurveillance, un annuaire des ressources sanitaires sociales et médico-sociales (ROR)...

c. Les compétences de l'équipe

- L'éducation thérapeutique du patient. Selon la définition de l'OMS, L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, afin de tendre vers une qualité de vie optimale (16). Bien que conceptualisée depuis les années 1980, largement diffusée et référencée par l'HAS en 2007, il faut attendre la loi 2009 HSPT pour que l'ETP s'inscrive dans le parcours de soins (financement par les pouvoirs publics, référentiels des bonnes pratiques des programmes d'ETP). Les membres de l'équipe SENS (*formés à la dispensation de l'ETP*) sont une des équipes pionnières sur les AEP actes éducatifs ponctuels. La définition est la même que celle des AEC actes éducatifs ciblés, développés peu de temps après par l'HAS en 2015 (41). Les AEP sont particulièrement adaptés au parcours de soins du patient complexe. Ils sont faciles d'utilisation mais ne doivent pas être utilisés seuls (impact limité sur l'état de santé du patient (41)). Ce qui est sûr, c'est qu'en insistant sur l'auto surveillance et l'autogestion (et donc l'autodétermination) des patients, l'ETP a un impact positif sur les répercussions de la maladie chronique pour le patient, et donc sur sa qualité de vie. En parallèle, certains acteurs de la MSP diplômés en ETP (*formés la dispensation et à la coordination de l'ETP - DU*) dispensent un programme d'ETP Asthme, soumis à une autorisation quadriennale de l'ARS.
- Autres compétences de membres de l'équipe : Hypnose, Sophrologie, Fasciathérapie, Psychologie, Photo, musico et art-thérapie, Diététique, Coach sportif...

3. Champs de coordination

Depuis une vingtaine d'années, on assiste à l'émergence d'une coordination formalisée entre acteurs. Celle-ci est nécessaire à la prise en charge de la complexité (2)(35)(44) . Tout comme la définition de la complexité, la définition de la coordination varie selon les auteurs. Nous retiendrons celle de l'HAS : « *organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé, impliquant la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient ; gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables des différents aspects des soins* ».

L'analyse pourrait porter sur les différents niveaux de coordination, portant sur le Patient (coordination du médecin), la Patientèle (coordination au niveau de l'ESP), et la Population (coordination au niveau des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)). Dans cette thèse, nous avons privilégié l'objet de la coordination afin d'avoir une vue d'ensemble des champs de coordination nécessaires à la prise en charge du patient.

a. Coordination autour du patient

Dans le cadre du protocole CCC, un professionnel de santé de l'équipe SENS est proposé selon leur disponibilité comme le référent du patient. Il s'agissait le plus souvent d'une des infirmières de l'équipe, mais cela a été parfois une sage-femme ou une psychologue. Tous les professionnels référents dans la coordination du patient sont formés en ETP (à des degrés différents, formés à la dispensation ETP/formés à la dispensation et à la coordination ETP), et l'une d'entre elle est formée au protocole ASALEE. Le référent coordonne le parcours de soins du patient complexe inclus. On assimilera cette démarche au case management (= assistance au parcours = gestionnaire de cas complexe), même si au sens strict de la définition des fonctions d'appui à la coordination, le case manager est censé être extérieur à l'équipe de soins primaires. Le coordinateur du cas complexe utilise le bilan éducatif global (BEG – annexe 4). Chaque situation complexe bénéficie d'une (ou plusieurs) Réunion(s) de coordination partagée(s) pour mettre en place et suivre le parcours de soins coordonnés du patient.

b. Coordination du protocole CCC.

A un second niveau, moins visible, le protocole C.C.C., en tant que construction collective, demande des échanges et accords préalables entre professionnels. Le protocole nécessite un travail d'animation et de coordination propre. Ce travail s'appuie notamment sur des réunions de concertation pluriprofessionnelles. Au sein de la MSP, le pilotage du protocole CCC, avec son évaluation financière, se fait par le médecin référent du protocole et l'infirmière ASALEE de la MSP. Elles sont épaulées dans cette tâche par une coordinatrice embauchée par la MSP.

Le financement du protocole provient de la société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), qui est adossée à la MSP. C'est une structure juridique permettant aux maisons de santé de percevoir les rémunérations liées à l'exercice coordonné. Seuls des professionnels de santé peuvent y être associés, mais elle peut rémunérer des membres de la MSP, professionnels de santé ou non, et des intervenants extérieurs qu'elle juge utile pour la prise en charge du patient. Elle contractualise avec l'ARS et la Sécurité Sociale (tripartite) au sein du contrat tripartite ACI, et perçoit une dotation

annuelle de l'assurance maladie, au titre de la coordination. Le montant de l'enveloppe est calculé en fonction de la patientèle ayant déclaré comme médecin traitant les médecins de la MSP, et modulé selon différents autres paramètres, dont la précarité. Ce montant est évalué et adapté selon le niveau d'obtention des différents axes sur lesquels l'équipe de la MSP a contractualisé selon la grille d'objectifs définis dans l'ACI (voir annexe 7 – grille d'évaluation et critères). La production de protocoles de soins rentre dans l'indicateur « fonction de coordination » de la grille de cotation des services rendus par la MSP. Une des missions de la SISA est d'en produire au minimum un par an. Or, l'une des problématiques de l'équipe SENS était la prise en charge des cas complexes, d'où l'émergence du protocole CCC.

Le protocole CCC a fait partie de l'évaluation annuelle des actions mises en place par la MSP SENS en 2018, et ce protocole a été retenu. Un bilan financier annuel est demandé auprès de la MSP. Une (ré)évaluation de la qualité et de l'intérêt du protocole (efficacité) peut également être demandée.

Les sommes allouées par l'équipe à la prise en charge de chaque patient dépendent de l'enveloppe globale annuelle, du nombre de patients prise en charge, des besoins de chaque patient, de ses revenus et de sa capacité de financement. La coordination des cas complexes selon le protocole CCC a été démarrée en 2017. Lors du rendu de cette thèse fin septembre 2019, l'équipe a mis en œuvre 55 CCC depuis fin 2017. En 2018 Le protocole CCC a coûté 13 437 euros pour 24 prises en charge (dépenses concernant tant l'indemnisation des professionnels pour les temps de réunion, que les actions mises en place quand elles n'étaient pas conventionnées par l'assurance maladie) sur les 46 000€ de l'enveloppe budgétaire versée au titre des ACI par la Sécurité Sociale (voir annexe 7). Soit en moyenne 560 euros par patient mais avec de fortes disparités selon les cas. Citons les exemples de deux patients dont toute la famille a pu bénéficier d'une prise en charge associant psychologue, coach d'activité physique, diététicienne et kiné qui ont généré une dépense de plus du double de la moyenne.

c. Coordination de la maison de santé pluriprofessionnelle.

- ***Définition, fonctionnement et financement de la MSP***

A un troisième niveau, l'ensemble des actions menées par l'équipe pluriprofessionnelle au sein de la MSP doivent être formalisées (élaboration de protocoles de soin, préparation d'actions de santé publique, etc.).

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique. Une Maison de santé pluriprofessionnelle (aussi appelée pluridisciplinaire) (MSP) regroupe au minimum deux médecins généralistes et un professionnel de santé paramédical mettant en œuvre un projet de santé commun formalisé et travaillant de manière coordonnée. D'autres professionnels (ostéopathes, sophrologues, psychologues, diététiciens, etc.) peuvent entretenir des liens avec la MSP (vacation, participation aux actions de l'équipe, convention, etc.) et être signataires du projet de santé.

La MSP perçoit directement les subventions publiques :

- De l'Etat et ses opérateurs dont l'ARS et la Sécurité Sociale (assurance maladie).
- Des collectivités locales (municipalité...) +/- Financement européen

Afin d'agir au plus près des populations, l'ARS OI s'est engagée dans le développement d'une politique locale de santé. Cette démarche s'appuie sur une forte mobilisation des élus municipaux, au travers des contrats locaux de santé (CLS) et du volet santé de la politique de la ville.

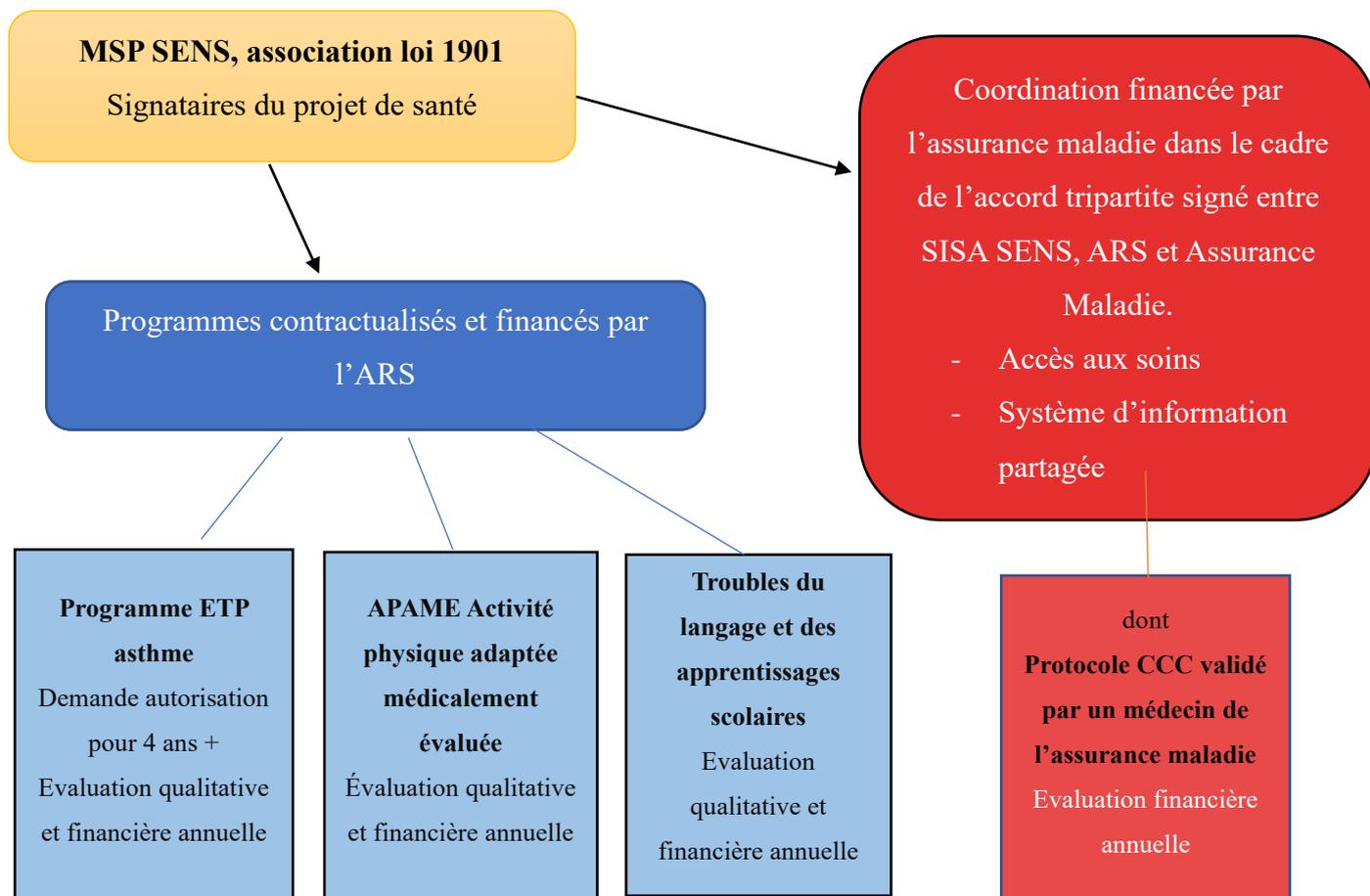
La MSP SENS a contracté (bipartite) directement avec l'ARS la mise en place de programmes de santé, réévalués annuellement, aussi bien en termes de qualité (efficacité) que de coût économique (financier) et de cohérence avec les axes prioritaires du Plan Régional de Santé (Voir en annexe 8) :

- Activité physique prescrite médicalement évaluée (APAME) : prévention primaire de personnes en surpoids).
- Dépistage des troubles des apprentissages.
- ETP Asthme, avec un financement et une évaluation annuelle et une évaluation quadriennale pour obtenir le maintien de l'autorisation de ce programme d'ETP.

Le pilotage des actions de coordination de la MSP se fait par l'équipe pluriprofessionnelle au sein de la MSP (chacune des actions ayant un professionnel spécifique pour la coordonner). La SISA gère son enveloppe budgétaire pour la coordination, selon l'ACI 2017 renouvelé en 2018.

Au sein de la MSP, la présence d'un coordinateur aide au bon fonctionnement de la maison de santé et à la mise en œuvre de son projet de santé. Ce poste de coordinateur a été rendu possible grâce à la signature de l'accord ACI, qui a permis son financement.

Figure 6 – Fonctionnement de la MSP SENS



• **Intérêts des MSP**

La promotion et la défense des intérêts politiques (37) de ce type de groupement se font par le groupement des maisons et des pôles de santé de l’Océan Indien (GMPSOI) à l’échelle régionale, et par la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) à l’échelle nationale. La MSP devient un interlocuteur collectif mobilisable et un acteur politique représentant les soins primaires. L’intérêt du fonctionnement en MSP a été démontré par l’étude Prospère (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l’Organisation des Soins de Premiers Recours) menée par l’IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2014. L’impact de l’exercice regroupé pluridisciplinaire en matière de performance est validé (5). Plusieurs études qualitatives sur la perception des avantages et inconvénients des MSP par les médecins généralistes vont en ce sens (45).

De nouveaux dispositifs portant sur l'organisation et le financement des soins primaires sont en test, en plus du financement ACI au titre de la coordination, tels que le paiement d'équipe pluriprofessionnelle de santé en ville (Projets d'expérimentation d'innovation en santé (article 51) - forfait versé par patient à l'équipe - loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité Sociale pour 2018).

d. Coordination territoriale

Le fonctionnement de la MSP de St Gilles les hauts est intégré à l'offre territoriale de soins. Elle fonctionne en coordination avec les autres acteurs de santé du territoire, principalement de la région Ouest de La Réunion.

Depuis une vingtaine d'années, la refonte du système des soins primaires, et plus généralement du système de santé, nécessite de nouveaux modes de coopérations. On a pu assister à l'émergence et développement des réseaux de santé, de l'hospitalisation à domicile, de nouvelles missions des établissements de santé (exemple des équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques), du développement des groupements de coopération sanitaire pour faciliter le rapprochement des structures publiques et privées (exemple des partenariats clinique hôpital, coordination MAIA et Ehpad), une meilleure intégration des acteurs médico-sociaux (exemple des CMP et CMPEA, MDPH ET SAMSAH, CCAS et CLIC, services sociaux...) et des politiques locales (exemple du CLS contrat local de santé ou de la gestion en partenariat avec le conseil général (départemental) du CCAS et des CLICs...) au système actuel de santé !

L'ARS, selon son diagnostic territorial et le plan régional de santé, accompagne les dispositifs les mieux adaptés aux besoins, à l'organisation existante et aux acteurs présents sur les territoires. A La Réunion, en 2019, l'état des lieux des structures existantes montre qu'il existe un vaste ensemble d'acteurs, hétérogènes (38). L'équipe SENS, via son projet de santé, s'inscrit dans ce maillage territorial, interagissant avec les autres acteurs de la prise en charge du patient, parfois en se coordonnant avec eux.

Les principales structures de coordination dans l'entourage de la MSP, intervenant elles aussi dans la coordination des cas complexes, sont :

- Coordination de proximité :
 - o Les cabinets des professionnels de santé aux alentours et autres maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP monosite et MSP multisites) agissant autour d'une

problématique de patientèle. Certains patients ont ainsi été adressés à la MSP de St Gilles les Hauts pour des programmes d'ETP par exemple.

- (Les Centres de santé (CDS) agissant autour d'une problématique communautaire).
- Coordination territoriale ;
 - Les réseaux agissant autour d'une problématique de santé sur un territoire donné et ne dispensant pas de soins.
 - Les CPTS agissant autour d'une problématique de santé sur un bassin de population donné et peuvent dispenser des soins.
 - Autres organismes dont établissements de santé (hôpital, clinique, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...) et la prise en charge à domicile (hospitalisation à domicile (HAD), Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Prestataire de santé à domicile (PSAD))...
- Pilotage de la coordination et fonctions d'appui
 - ARS
 - Sécurité Sociale...

Nous détaillerons ici les principaux partenaires de la MSP SENS pour la coordination du parcours de soins du patient complexe en soins primaires.

- *Les réseaux de santé*

Selon l'article « comment faire évoluer les réseaux de santé » de la direction générale de l'offre des soins (DGOS) 2012 (21) visant à améliorer la coordination des soins, un réseau permet de faciliter le travail des professionnels autour d'une problématique de santé sur un territoire donné. Il ne dispense pas de soins, il ne s'occupe que de la coordination. Le financement se fait maintenant au titre du fonds d'intervention régional (FIR) géré par les agences régionales de santé (ARS). L'évaluation des réseaux de santé est indispensable et se fait dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS.

A La Réunion, on recense 6 réseaux de santé :

- a. REUcare : REUnion Coeur Artères Reins Éducation
- b. Réseau pédiatrique 974
- c. REPERE : REseau PErinatal REunion
- d. SAOME : Santé Addictions Outre-Mer
- e. MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

f. OncoReun, réseau de cancérologie

- *les communautés professionnelles territoriales de santé*

Définies par la loi santé de 2016 en même temps que les ESP, les CPTS agissent sur des problématiques de santé en lien avec un bassin de population donnée. La CPTS est composée des équipes de soins de premier et deuxième recours ainsi que des acteurs médicosociaux et sociaux. Elle dispense des soins et s'occupe de la coordination sur un territoire (46). Les CPTS sont venues pour accélérer le virage de la médecine ambulatoire afin d'accroître le nombre de professionnels sous un exercice coordonné et collaboratif dans une structure moins intégrée que les MSP et donc apte à susciter une adhésion plus large.

A La Réunion, 3 CPTS verront le jour fin 2019 : A l'Est, la CPTS est axée sur les troubles du langage et des apprentissages ; à l'Ouest, sur le recours aux soins non programmés ; Au Sud, sur la coordination du parcours du patient âgé.

Les médecins libéraux et les autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, pharmaciens...) sont représentés par les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS). A La Réunion, récemment, une inter-URPS a été créée pour faciliter la mise en œuvre des actions interprofessionnelles : Tip@Santé. Ces représentations professionnelles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. L'impulsion et l'accompagnement des CPTS se basent sur les acteurs des soins primaires et sont accompagnés à La Réunion par les URPS. Le dispositif des assistants médicaux (« lire assistant de cabinet médical ») viendra également épauler la mesure. Enfin de nouveaux modes de financement de ces équipes pluriprofessionnelles sont en cours d'expérimentation. (Projets d'expérimentation d'innovation en santé (article 51) – IPEP pour les CPTS) ; (cf. ARS Océan Indien – projet ma santé 2022).

4. Les fonctions d'appui à la coordination

Les fonctions d'appui sont définies comme l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours, mais ne pouvant être directement effectuées par les professionnels de soins primaires. Le pilotage de cet ensemble se fait par l'ARS au sein du plan régional de santé (PRS) (38). Elle dispose de plusieurs outils facilitateurs de la coordination (systèmes d'informations, nouveaux modes de Rémunération, référentiels de bonnes pratiques...).

Les fonctions d'appui à la coordination sont multiples (2), diverses. Elles doivent associer un transfert de savoir-faire, afin de donner la possibilité aux équipes de santé primaire de réaliser à terme tout ou partie de ces prestations :

1. Aide à la pratique ; regroupant la publication, par les instances de santé, de protocoles et de référentiels de bonnes pratiques (guide HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ») ; l'intervention de professionnels de santé extérieurs dans les prises en charge (réseaux, équipe mobile de gériatrie, case manager/le gestionnaire de cas de la MAIA... infirmières ASALE ou IPA) ; l'actualisation et la mise à disposition d'un répertoire des ressources utiles à l'orientation des patients et à l'organisation des parcours (ROR), la mise à disposition de services communs sur le territoire (logiciel OIIS 360, Tésis Océan Indien, la PTA)
2. Aides à la réalisation de procédures cliniques ; Aides à la réalisation de protocole, par exemple par un infirmier Asalee ou un infirmier en pratique avancée (IPA). Les acteurs du soin peuvent sous certaines conditions bénéficier d'un appui extérieur dans la rédaction des projets, grâce aux crédits accordés par l'ARS au titre du Fond d'intervention régional (FIR), permettant de faire appel à un prestataire extérieur.
3. Accompagnement à l'amélioration des pratiques et à la démarche qualité.
 - En France, des facilitateurs sont proposés par la FFMPS, avec le soutien des ARS, aux groupes de professionnels souhaitant faire aboutir un projet de MSP ou de CPTS ; ces facilitateurs sont des professionnels externes aux équipes, formés à cette fonction de facilitation ; un service comparable est proposé par certaines URPS. A La Réunion, c'est le GMPSOI qui propose cet accompagnement.
 - Des groupes qualités, avec la participation d'usagers sont aussi une solution à l'amélioration de la qualité des soins. Pour les médecins, les groupes d'analyse de pratiques/intervention de pairs « facilitateurs » permettent en ville d'améliorer les pratiques.
 - Enfin, des moyens innovants de financement de l'organisation des soins, valorisant la prise en charge en équipe, sont testés. Actuellement, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les médecins généralistes et l'ACI pour les équipes des MSP (via la SISA) ; En cours de déploiement selon l'article 51 du CSP, les PEPS (pour les MSP forfait patient) et IPEPS (valorisation de la coordination des CPTS).
4. Lien hôpital-ville tel que lien OIIS pour le compte rendu des urgences et le dispositif PRADO de la Sécurité Sociale ; Lien médico-social tel que les coursiers sanitaires et sociaux dans certains départements.

Nous détaillerons ici les principaux dispositifs répondant à la problématique des cas complexes en

soins primaires.

- ***Le case management***

Un petit nombre de situations, qualifiées de complexes, nécessite le recours à un parcours de type case management. En effet, plusieurs métaanalyses ont montré une amélioration des prises en charge et une réduction des coûts de la complexité (2) (7) (47). Le case manager doit assurer la continuité et la cohérence du parcours de soins chez la personne en situation complexe, en articulation avec le médecin traitant et/ou l'équipe traitante. Il évalue les besoins au domicile, met en place un plan d'aide médico-social, s'assure de la réalisation des services et réévalue les interventions en fonction de l'évolution du patient.

Dans la définition stricte, le case manager est extérieur à l'équipe soignante l'ayant sollicité autour d'un cas. Dans le cadre du protocole CCC, le référent de la coordination, infirmier le plus souvent, remplissait ce rôle. Le coordinateur faisait parfois parti de l'équipe de soins du patient (dans l'équipe, équivalent de case manager), parfois non si le patient avait déjà une autre infirmière (extérieur à l'équipe, case manager).

- ***La plateforme territoriale d'appui***

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont définies par l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) et par le décret 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Dans l'organisation territoriale des soins, le protocole CCC de l'équipe SENS répond à une problématique locale, décentralisée, en lien avec une patientèle tandis que la PTA région de La Réunion répond à une problématique centralisée, délocalisée et uniformisée. Ces deux process sont complémentaires.

Les objectifs de la PTA sont triples (36) :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires. Les professionnels de santé à La Réunion peuvent la contacter gratuitement, au 0800 444 974, pour toute demande d'information ou d'appui.
- Appui à l'organisation des parcours complexes, notamment via l'équipe de la PTA se déplaçant à domicile pour expertiser la problématique. A La Réunion, l'équipe est composée d'un médecin coordinateur, et de plusieurs cases managers (infirmiers, assistantes sociales) opérant sur 4 secteurs (Nord, Ouest, Sud, Est). Un des outils de coordination utilisé par l'équipe de la PTA est le Programme OIIS pro 360.

- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels tel que réunir les différents projets sous un même guichet, les différents réseaux et coordinations déjà existants sur le territoire.

Exemples : l'ARS a signé une charte avec les réseaux du territoire Réunion afin de pouvoir adresser un professionnel vers eux, via la PTA. L'entreprise ORISON, tournée vers l'appui et l'accompagnement des structures de soins et des professionnels dans le domaine de la santé, a proposé une fiche de coordination.

Figure 7 – Logo de la plateforme territoriale d'appui à La Réunion

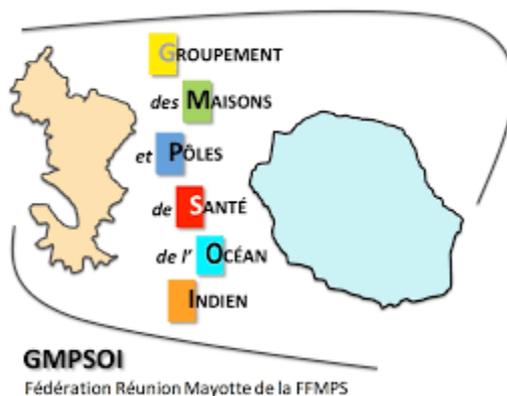


- ***La coordination inter Maisons de santé pluriprofessionnelles.***

La coordinatrice de la MSP SENS est une consultante indépendante. Elle intervient également comme coordinatrice pour d'autres MSP et pour le GMPSOI. Des professionnels membres du GMPSOI interviennent comme facilitateurs auprès des professionnels souhaitant créer une MSP dans la zone Océan Indien (Mayotte et Réunion). En cas de besoins spécifiques ou en l'absence de compétences au sein du GMPSOI celui-ci va référer au niveau national à la FFMPS.

- Adresse de la fédération française des maisons et pôles de santé : www.ffmps.fr
- Adresse de la fédération régionale des maisons et pôles de santé: gmpsoi.974@gmail.com

Figure 8 – Logo du groupement des maisons et pôles de santé de l’Océan Indien



5. Enseignements sur la complexité, protocoles de recherche

La formation des médecins est un élément clé de la prise en charge des cas complexes (35). L’enseignement devrait former non plus que des professionnels experts (savants), mais aussi des professionnels basant leur pratique sur la qualité des soins (37). La réorganisation du système de santé impose de repenser le travail en équipe pluri professionnelle et les fonctions de coordination. (44). Une des solutions est de valoriser la formation des étudiants à l’université avec des stages en milieu pluriprofessionnel. L’autre est le développement et la reconnaissance d’actions de formation continue pluriprofessionnelle. La pratique de la complexité et de la coordination s’attrape à l’usage ! Les progrès technologiques avec la e-santé rendent accessible cette transition.

L’accent doit également porter sur la recherche. Il n’y a qu’en produisant des études de santé en lien avec la complexité et les soins primaires que nous pourrions améliorer la prise en charge de nos patients complexes. Ces concepts doivent être diffusés, enseignés et validés par des études cliniques pour être acceptés par la communauté scientifique.

Enfin, une réflexion devra porter sur la complexité du système pour ses acteurs et ses usagers (9). La succession des mesures institutionnelles, complexes et le turn-over rapide des réformes ne laissent pas toujours le temps aux professionnels de santé de s’approprier les dispositifs. Une solution pourrait être la PTA. Elle vise à centraliser les dispositifs et ressources existants et oriente les professionnels médico-sociaux vers les bonnes ressources. Une autre serait la fédération des professionnels autour de représentants médicaux : syndicats, URPS, FFMP (relais des informations, accompagnement...).

III Justification du projet de travail

Cette thèse a permis de formaliser le protocole CCC. Des ajustements sur les modalités de prises en charge ont été opérés (durée de prise en charge notamment).

Nous avons choisi de mesurer l'intervention du protocole CCC sur la qualité de vie, approche centrée patient. Pour le management des soins complexes chroniques, une prise en charge de qualité est atteinte lorsque notamment la qualité de vie et la satisfaction du patient sont atteintes (35) (40).

A. Questions de recherche

La question principale : Le protocole de coordination CCC de prise en charge globale des patients en situation complexe, proposé par l'équipe pluriprofessionnelle SENS de soin de premier recours de la maison de santé de St Gilles les Hauts, à La Réunion, permet-il une amélioration de la qualité de vie perçue de ces patients ?

La question secondaire : Le protocole CCC améliore-t-il l'efficacité de la prise en charge globale des patients complexes ?

B. Hypothèses

Hypothèse principale : Les patients en situation complexe en soin de premier recours ont une qualité de vie perçue améliorée à la suite de la prise en charge CCC par l'équipe SENS.

Hypothèse secondaire : Le protocole CCC améliore l'efficacité de la prise en charge globale des patients complexes par l'équipe SENS dans la MSP de St Gilles les Hauts.

C. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'évolution de la qualité de vie perçue des patients en situation complexe de la MSP de St Gilles les Hauts entre avant et après participation au CCC.

Nous avons mesuré l'évolution d'un ensemble d'autres types de critères de mesure de santé sur l'efficacité du protocole CCC (tels que l'observance médicamenteuse, le nombre de molécules sur l'ordonnance en chronique, le nombre d'hospitalisations et de consultations chez les médecins de la MSP SENS, la satisfaction des patients et du professionnel ayant sollicité la prise en charge).

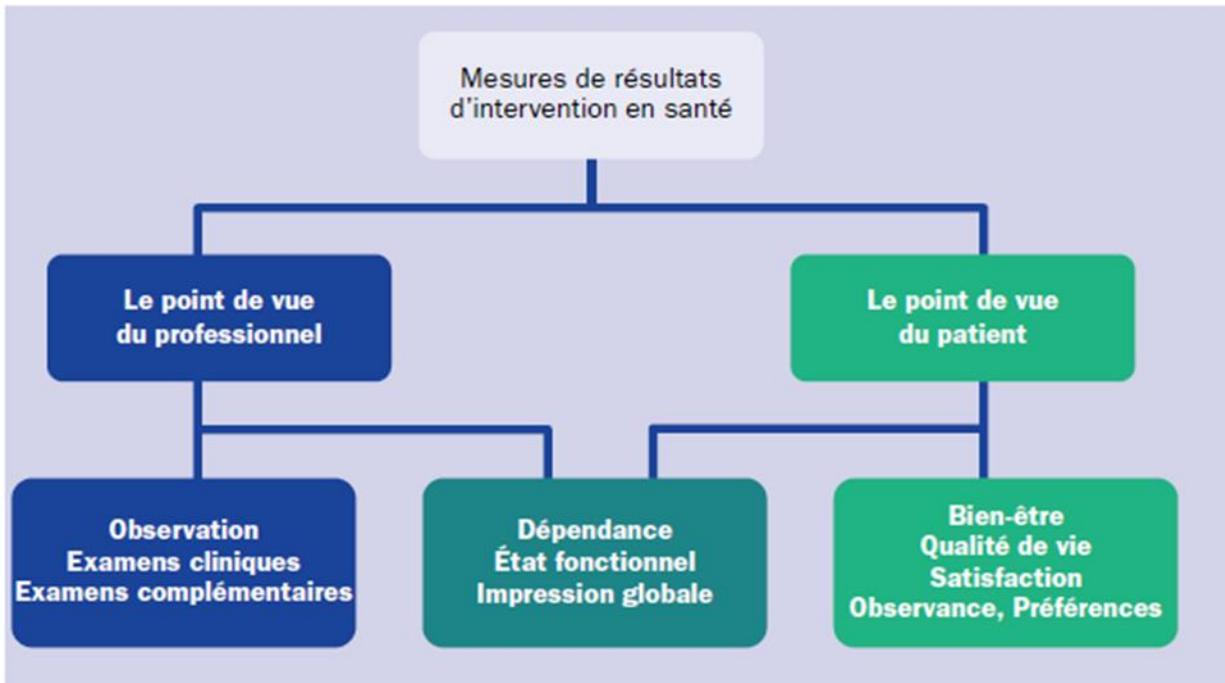
Matériel et méthode

L'étude que nous avons réalisée est une étude prospective (donc longitudinale), quantitative, monocentrique (en maison de santé pluriprofessionnelle multisite). Nous avons mesuré, par auto-questionnaire, la qualité de vie perçue des patients ayant participé au protocole CCC, ainsi que certains autres indicateurs des résultats de la prise en charge.

I Méthode d'évaluation

Nous avons mesuré certains résultats de l'intervention de l'équipe SENS sur l'échantillon de patients en situation complexe inclus dans le protocole CCC.

Figure 9 – Mesures de résultats d'intervention en santé



(Issu de Les maladies chroniques - Actualité et dossier en santé publique n° 72 (adsp) – (2010) Colloc sous la direction de Serge Briançon, Geneviève Guérin et Brigitte Sandrin-Berthon).

A. Qualité de vie

Le critère de jugement principal a été évalué par un auto questionnaire : l'échelle Médical outcome study - short form 36 (MOS SF 36) (48) (voir annexe 9). L'approche a été psychométrique (quantitative) pour évaluer la qualité de vie perçue des patients.

La MOS SF 36 se compose d'une partie « état de santé mentale » et d'une partie « état de santé physique ». L'échelle MOS SF 36 se compose de 8 dimensions (voir annexe 10).

(Catégorie physique)

- PF activité physique Q3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j
- RP limitations liées à l'activité physique Q4a +4b+4c+4d
- BP douleurs physiques Q7+8
- GH santé perçue Q1+ 11a+11b+11c+11d

(Catégorie mentale)

- VT vitalité Q9a+9e+9g+9i
- SF vie et relations avec les autres Q6+10
- RE limitations liées à l'état psychique Q5a+5b+5c
- MH Santé psychique Q9b+9c+9d+9f+9h

Ces catégories peuvent être regroupés en deux scores globaux, un physique et l'autre mental : Scores agrégés physique (*en anglais* physical component summary (PCS)) et mental (*en anglais* mental component summary (MCS))). Les réponses de la MOS SF 36 sont de type Likert et seront ensuite pondérées lors de l'analyse statistique.

Dans le cadre de cette étude, nous avons comparé les valeurs principales, physique et psychique, de la MOS SF 36 avant prise en charge avec celle après prise en charge. Le facteur temps, en obtenant des valeurs avant/après de la MOS SF 36, nous a permis de nous amender de la comparaison aux normes établies en population générale en métropole.

B. Autres mesures de l'efficience du protocole CCC.

L'étude a été complétée pour tenter de répondre à la question plus générale qui était : « Le protocole CCC améliore-t-il l'efficacité de la prise en charge globale des patients complexes ? ». Le critère de jugement secondaire était composite. Chacun des indicateurs le composant a été mesuré indépendamment, avant et à 3 mois de la prise en charge, aux mêmes temps de mesure de la qualité de vie perçue (exception pour le nombre d'hospitalisations et de consultations chez les médecins de la MSP, mesure réalisée 6 mois après les 3 mois de prise en charge CCC).

Les indicateurs secondaires mesurés de l'étude sont :

- Nombre de molécules sur l'ordonnance chronique (et non le nombre des médicaments, car association possible) et observance médicamenteuse (échelle d'observance de la Sécurité Sociale type Amélie en 6 questions, inspirée de l'échelle Morisky) (voir annexe 11).

- Nombres de passages chez les médecins généralistes de la MSP SENS et nombres d'hospitalisations (incluant les passages aux urgences), 6 mois avant et 6 mois après les 3 mois de prise en charge CCC. L'analyse était rétrospective. Elle s'est faite sur le dossier patient contenu dans le logiciel métier de la MSP (logiciel Hellodoc®). Le professionnel adressant remplissait la fiche d'inclusion avec le nombre d'hospitalisations et de consultations, et je me chargeais de vérifier l'exactitude des chiffres inscrits.
- Satisfaction déclarative du patient et du coordinateur du cas (Echelle numérique (EN) cotée de 1 à 10, 1 était très déçu, 10 parfaitement satisfait)), facteurs d'adhésion du patient à la prise en charge et du professionnel au modèle (35).

II Méthode de sélection

Le professionnel de l'équipe SENS qui repérait une situation complexe lors d'une consultation, devait proposer au patient la prise en charge CCC ; puis s'il acceptait, l'inclure dans l'étude. L'échantillon étudié a été sélectionné sur la base de :

- Critères d'inclusion : Patient adulte en situation complexe selon les critères de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) d'avril 2017 (en référence à la grille HAS dépistage complexité), ainsi que toute autre situation complexe détectée par l'équipe (et devant être définie comme telle) ; faisant partie de la patientèle de la MSP de st Gilles les Hauts, présélectionné par un membre de l'équipe de la MSP, motivé pour intégrer le modèle de prise en charge CCC, et acceptant de rejoindre l'étude.
- Critères de non inclusion : patient en incapacité de pouvoir répondre de manière cohérente, verbalement et de manière écrite, au questionnaire SF 36. Sont exclus les enfants, ainsi que les patients présentant des troubles cognitifs et psychiatriques sévères, selon jugement de l'équipe, empêchant une réponse cohérente au questionnaire MOS SF36.

Le patient inclus était contacté par l'évaluateur (moi-même), par téléphone dans la semaine suivant l'inclusion, pour lui fixer un rendez-vous. Le protocole et l'intérêt de l'étude lui était détaillé.

Le patient était une seconde fois contacté, de la même manière, après 3 mois de prise en charge CCC.

Nous avons calculé le nombre de sujets nécessaires à l'étude en fixant ces paramètres :

- Risque Alpha < 5 % risque de conclure à tort à une différence sans qu'il y en ait une.
- Puissance > 90 % puissance de l'étude, risque de conclure à tort qu'il n'y ait pas de différence alors qu'il y en a une.
- En se référant au manuel de l'échelle MOS SF 36, l'objectif principal était de montrer une

amélioration significative de la distribution des échelles dimensionnelles composant l'échelle MOS SF 36.

Le nombre nécessaire de sujets à inclure retenu était de 20 patients.

III Méthode de recueil de données

La fiche de recueil initiale, comprenant les informations administratives du patient, est remplie par le professionnel dépistant le cas complexe. L'accord de prise en charge CCC était signé par le patient. Le praticien ayant adressé le patient dans le protocole CCC imprimait alors l'ordonnance chronique et notait le nombre d'hospitalisations/consultations chez les médecins généralistes de la MSP sur les 6 mois précédant l'inclusion, en vérifiant dans le logiciel métier de la MSP.

Puis le praticien inclueur contactait l'évaluateur (moi-même). L'évaluateur s'entretenait alors avec :

- Le praticien inclueur : Une demande par mail ou téléphone lui était renvoyée pour évaluer sa satisfaction, selon une échelle numérique allant de 1 à 10 (signification de 1 très déçu, 10 parfaitement satisfait).
- Le patient : L'entretien avec le patient avait lieu soit au domicile du patient, soit au cabinet infirmier à St Gilles les Hauts (au choix du patient). Il me restait à recueillir l'autoquestionnaire MOS SF 36, la satisfaction de la personne, son score d'observance. S'agissant de l'auto-questionnaire pour le MOS SF 36, les patients étaient invités à remplir le questionnaire. Si la personne avait des problèmes de vue, on pouvait lire à haute voix les questions et les répéter. En cas de problème d'écriture, le questionnaire était rempli selon les réponses orales fournies par le patient. En cas de problème de compréhension ou de difficultés linguistiques, il fallait reformuler les questions. Le questionnaire d'évaluation de l'observance (type assurance maladie) était lu au patient, et rempli par l'évaluateur. L'évaluation de la satisfaction du patient sur la prise en charge par les médecins de la MSP avant prise en charge se faisait par une Echelle Numérique graduée allant de 1 à 10 (signification de 1 très déçu, 10 parfaitement satisfait).

Le coordinateur du cas était ensuite nommé par l'équipe, et réalisait le BEG, avant de soumettre la situation complexe à l'équipe en RCP. A 3 mois de la prise en charge CCC, une seconde évaluation avait lieu par le coordinateur du cas. Une modification du délai de prise en charge des patients est intervenue. Initialement fixée à 3 mois, la durée de prise en charge CCC est, dans un second temps, au cours de l'étude, devenue variable. L'équipe SENS a réévalué la durée de son protocole CCC au cours de l'étude. La prise en charge pouvait donc être clôturée à 3 mois (réalisant une synthèse de fin

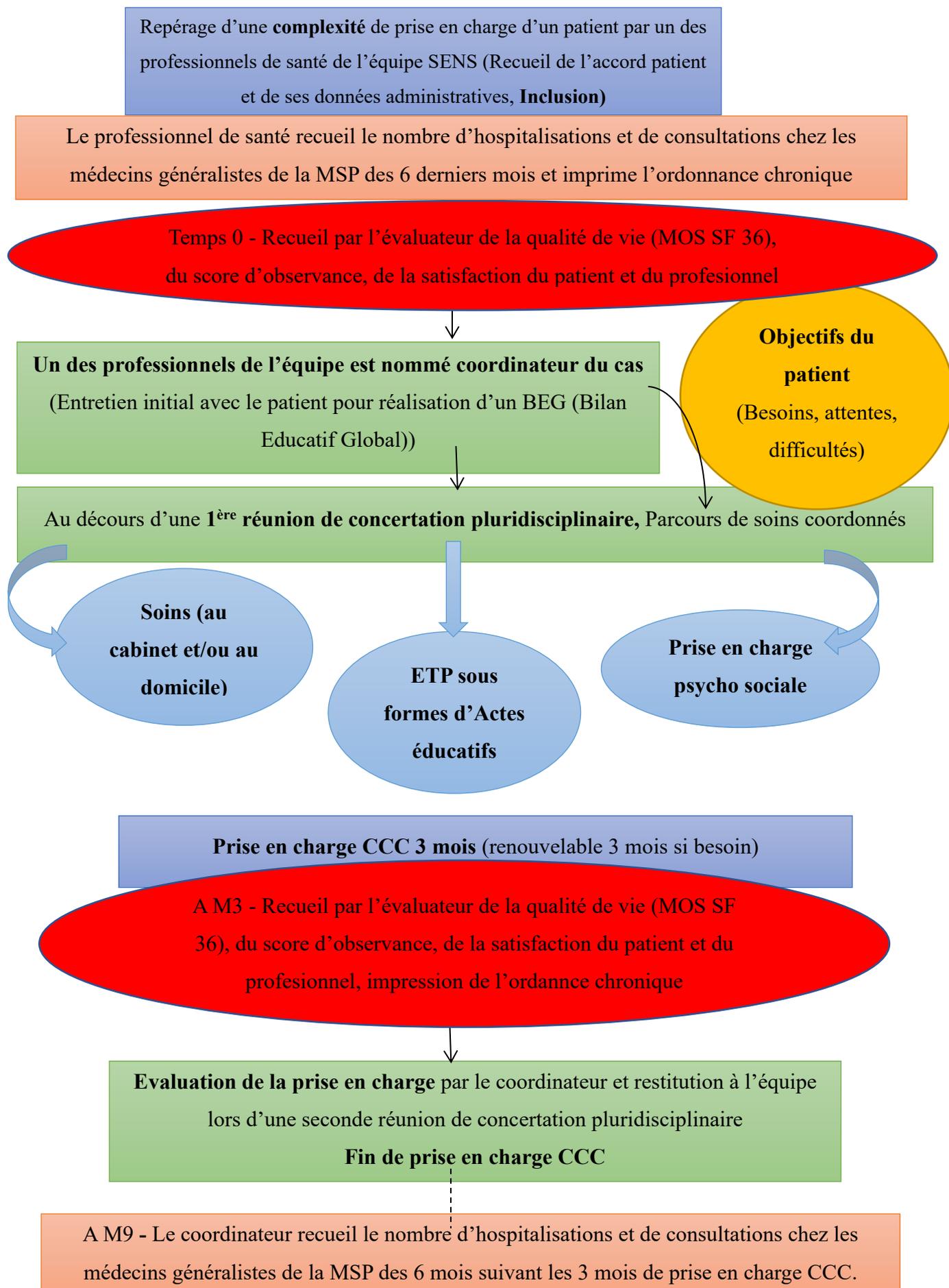
de prise en charge) ou l'équipe pouvait proposer une prolongation de 3 mois de prise en charge (réalisant un bilan intermédiaire à 3 mois, puis une synthèse à la fin des 6 mois). En effet, un manque de temps conduisait certains patients à 3 mois, à ne pas bénéficier complètement de toutes les interventions planifiées lors de la 1^{ère} RCP. Cependant, nous avons fixé l'évaluation secondaire à 3 mois de prise en charge et ce délai n'a pas été modifié pour éviter l'introduction de biais, et ce même si la prise en charge devait être prolongée. En cas de perdu de vue, nous avons suivi les recommandations du livre de la MOS SF 36, considérant les informations manquantes (hypothèse du pire).

A 3 mois du début de la prise en charge CCC, le coordinateur informait l'évaluateur (moi-même) de la date atteinte d'évaluation. Le coordinateur imprimait la dernière ordonnance chronique délivrée. L'évaluateur s'entretenait alors avec :

- Le praticien inclueur : Une demande par mail ou téléphone lui était renvoyée pour évaluer sa satisfaction, selon une échelle numérique allant de 1 à 10 (signification de 1 très déçu, 10 parfaitement satisfait).
- Le patient : L'entretien avec le patient avait lieu soit au domicile du patient, soit au cabinet infirmier à St Gilles les Hauts (au choix du patient). Il me restait à recueillir l'auto-questionnaire MOS SF 36, la satisfaction de la personne, son score d'observance.

A 9 mois du début de la prise en charge, l'étude envisageait également que le coordinateur récupère les données hospitalisations/consultations dans le logiciel métier de la MSP. L'évaluateur vérifiait dans un second temps l'exactitude des données hospitalisations/consultations sur les 6 mois avant et les 6 mois après les 3 mois de prise en charge CCC.

Figure 10 – Récapitulatif du protocole de l'étude pour évaluation du CCC



IV Analyse des données

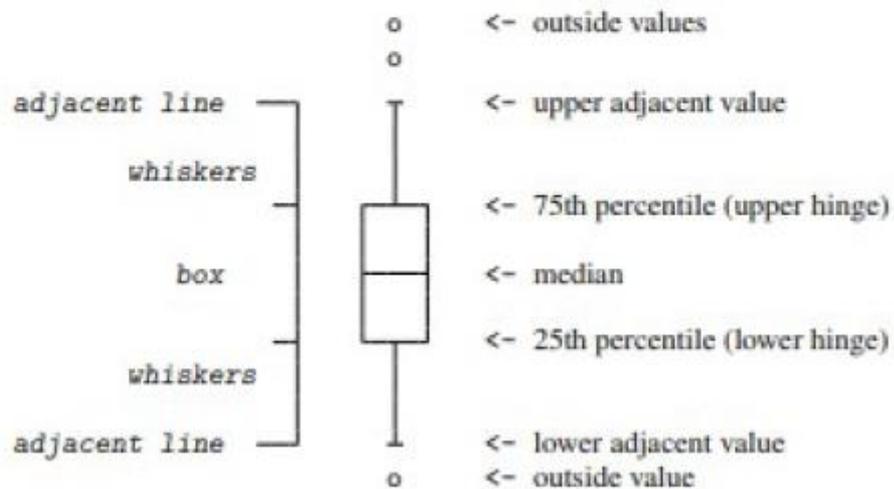
Les données ont été transcrites dans un ordinateur, après anonymisation (appareillage : le nom du patient transformé en un chiffre). Les Résultats étaient rentrés sur Google form®, afin d'obtenir un tableau Excel interprétable. Puis le tableau de résultats a été remis au Dr Nicolas Bouscaren, de l'unité de statistiques du CHU Sud Réunion (CIC - Centre d'Investigation Clinique de La Réunion).

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA V13.1® software (StataCorp LP, Lakeway Drive, College Station, Texas 77845 USA). Les scores des huit dimensions du SF36 ont été calculés à partir du manuel de codage disponible sur : <https://seleqt.univ-lorraine.fr/>. Afin d'assurer une comparabilité entre les différentes dimensions, ces scores ont été normalisés selon les recommandations du manuel. Les scores sont ainsi bornés de 0 à 100. (Méthode de calcul tirée du manuel d'utilisation de l'échelle – Annexe 10 – explications du calcul pour les résumés des scores physique (PCS) et mental (MCS)). Dans tous les cas, le seuil de significativité pour le risque de première espèce alpha est fixé à 0.05, ce qui équivaut à dire qu'il existe une différence statistiquement significative si la valeur critique « p » est inférieure à 5 %. Un test des rangs signés de Wilcoxon pour données appariées a été appliqué. En se référant au manuel d'utilisation de la MOS SF 36 (48), les résultats attendus étaient une amélioration de la distribution des données de chacune des dimensions de l'échelle, et surtout des deux scores résumés, physique et mental. L'expression des résultats s'est faite sous forme de Boites à moustache (Boxplots). L'évaluation portait également sur l'évolution de la moyenne, de la médiane, et de l'écart type de chacune des dimensions de la MOS SF 36 entre avant et après la prise en charge.

Figure 11 – Explication sur les boîtes à moustaches (box plot).

Boxplot des outcomes : SF36

Guide de lecture des box plots



Pour l'objectif secondaire, un test des rangs signés de Wilcoxon pour données appariées a été aussi appliqué. Nous attendions une différence significative des données (moyenne, *médiane*, *variances*) entre avant et après programme :

- Les échelles numériques (EN) de satisfaction, pour le patient et pour le professionnel inclueur.
- Le score d'observance de la Sécurité Sociale
- L'ordonnance chronique avec le nombre de molécules.
- Le nombre d'hospitalisations et le nombre de consultation chez les médecins généralistes de la MSP SENS (6 mois avant prise en charge versus 6 mois après les 3 mois de la prise en charge CCC).

V Critère éthique de l'étude

Réglementairement, la déclaration de la recherche s'est faite auprès du délégué à la protection des données de l'université de médecine de La Réunion.

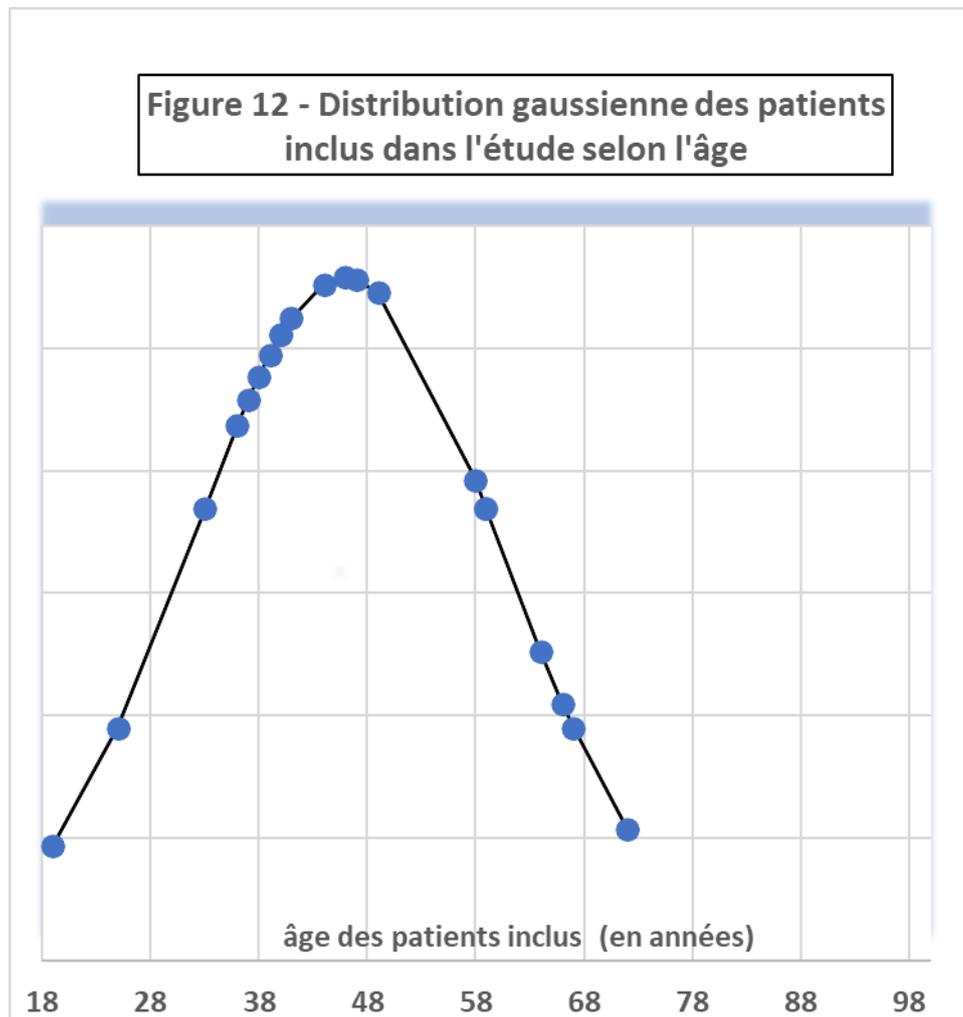
Résultats et analyse

L'inclusion a eu lieu du 16 octobre 2018 au 06 juin 2019. Le Nombre de sujet inclus était de 20 patients. L'inclusion n'a pas été consécutive, du fait de mes déplacements professionnels à Mayotte. Seuls les patients complexes pris en charge par le CCC lorsque j'étais à La Réunion ont été inclus dans l'étude. La fin du recueil des données s'est faite le 25 août 2019 pour le dernier patient inclus. Il n'y a pas eu de perdu de vue.

I Caractéristiques de l'échantillon analysé

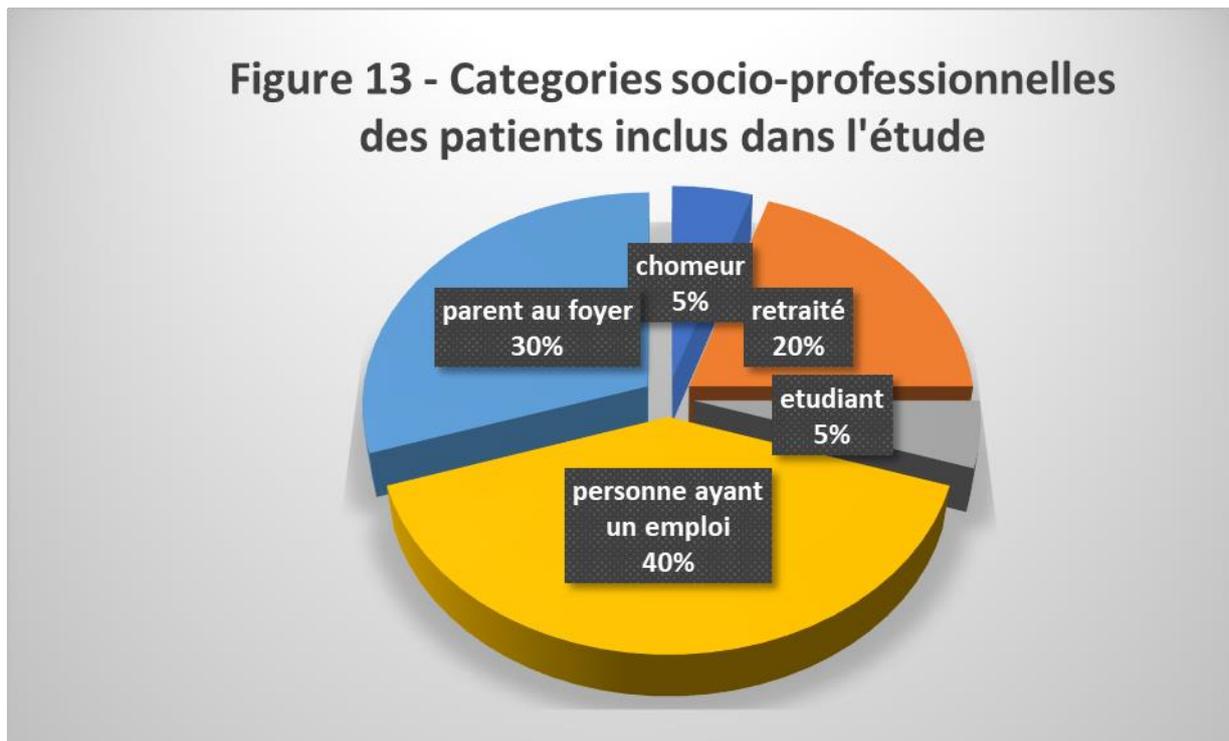
Selon notre recueil de données, l'échantillon analysé était composé majoritairement de femmes (18 sur 20). L'âge moyen était de 46 ans, la médiane était de 42 ans. Le patient le plus jeune avait 19 ans, le plus âgé 72 ans.

Figure 12 – Répartition des patients selon l'âge.



Les patients avaient en médiane 1 enfant à charge. Le nombre total d'enfants (à charge et non à charge) n'a pas pu être analysé du fait d'erreurs de remplissage des questionnaires. Les activités socio-professionnelles principales des patients inclus étaient les personnes ayant un emploi et les parents au foyer. 15 % des patients étaient en situation de CMU-C lors de l'inclusion dans le protocole. 40 % des patients étaient polypathologiques.

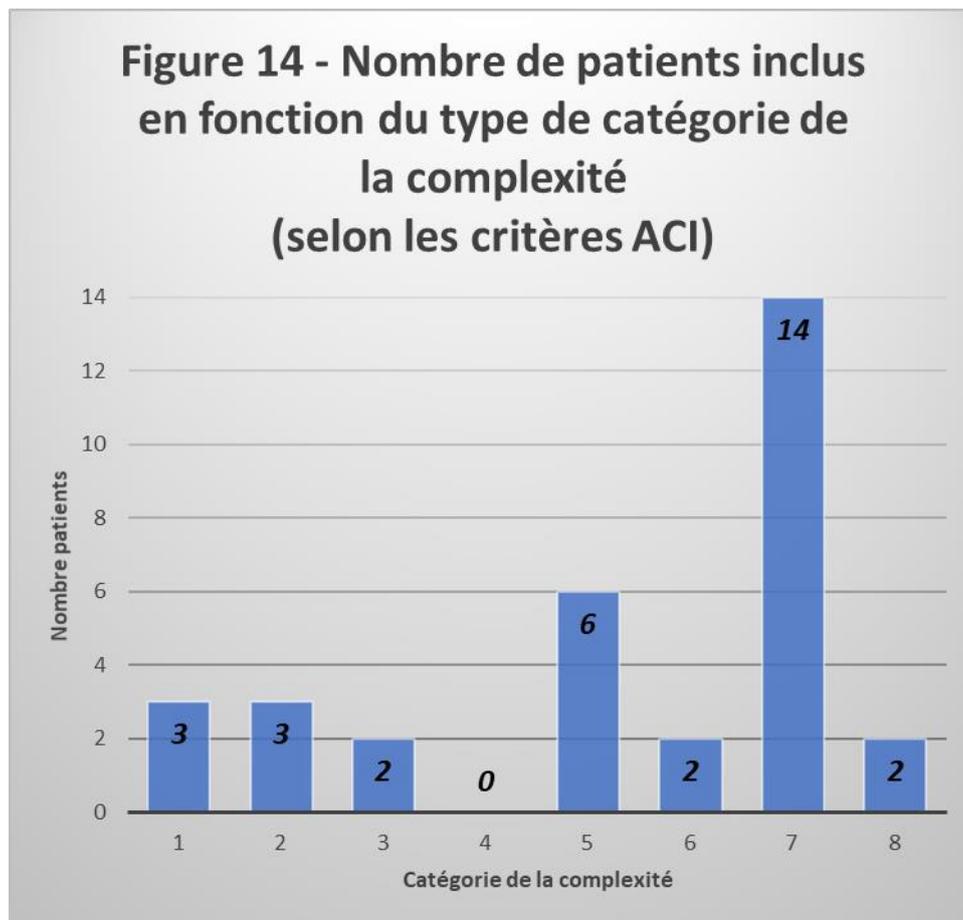
Figure 13 – Catégories socio-professionnelles des patients inclus dans l'étude.



La figure 14 reprend les catégories de complexité listée chez les patients inclus. Certains patients présentaient plusieurs types de complexité selon les critères ACI. Les catégories 5 (obésité) et surtout 7 (troubles psycho-sociaux) étaient majoritaires par rapport aux autres. Il n'y a pas eu de patient inclus présentant une problématique de maintien à domicile (catégorie 4). Enfin, deux patients ont été inclus dans la catégorie 8. Il s'agissait d'un couple, dont l'un des patients présentait une masse cérébrale, dont les neurologues/neurochirurgiens n'arrivaient pas à obtenir de diagnostic. Le problème résidait pour ce couple dans l'absence de diagnostic, particulièrement anxiogène.

18 patients sur 20 ont été inclus par la médecin généraliste en charge du protocole CCC. Les 2 autres par le même autre médecin généraliste de la MSP.

Figure 14 – Nombre de patients inclus en fonction du type de catégorie de la complexité



Pour améliorer la lecture de ce tableau, je rappelle ici les différentes catégories de complexité définie par la Caisse d'Assurance Maladie, dans les ACI 2018 :

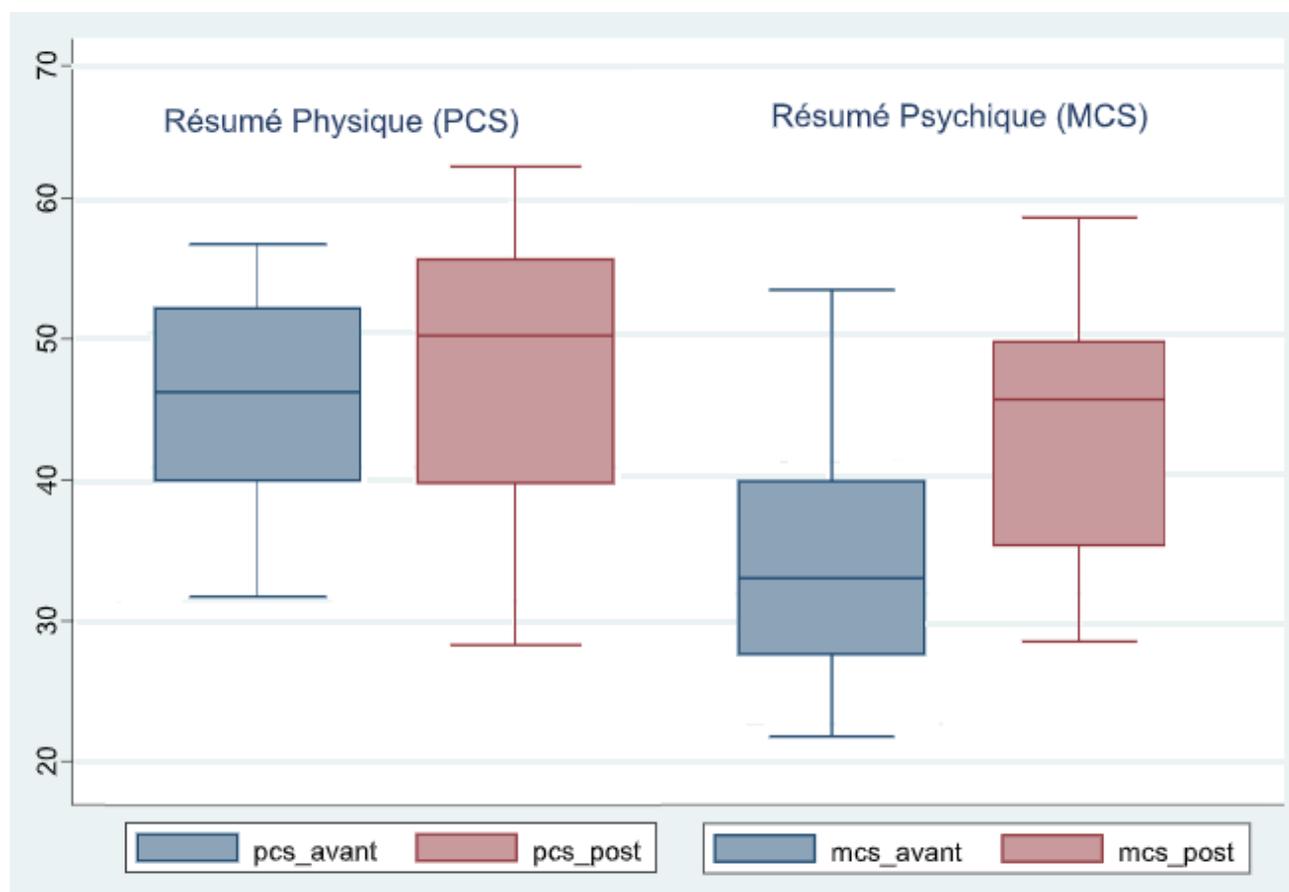
- 1) Affections sévères compliquées ou décompensées.
- 2) Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle
- 3) Patients pour lesquels le risque iatrogénique est important.
- 4) Patients âgés en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté ; handicaps ; soins palliatifs...
- 5) Patients obèses.
- 6) Grossesses à risque.
- 7) Pathologies psycho-sociales.
- 8) Critère supplémentaire défini par l'équipe SENS - Situation singulière de santé d'un patient, posant une problématique de prise en charge pour l'équipe soignante, et résultante d'un ensemble multifactoriel, comprenant les caractéristiques bio, psycho, sociale du patient celles professionnelles et humaines du médecin, et celle du système de santé lui-même.

II Critères d'Evaluation

A. Critère principal

La comparaison des dimensions de l'échelle de qualité de vie perçue entre avant la prise en charge et à 3 mois, date théorique de la fin de la prise en charge, montre une amélioration significative des paramètres de quasi toutes les dimensions physiques et mentales (Se référer à l'annexe 11 sur les résultats détaillés par dimension de la MOS SF 36). Les résumés physique (PCS) et psychique (MCS) SF 36 ont été améliorés significativement (respectivement pour le PCS, p -value < 0.0169 ; pour le MCS p -value < 0.0036). Les résumés des distributions des scores physique (PCS) et psychique (MCS) ont été exprimés sous forme de box plot (voir chapitre méthode, le test de rang signé de Wilcoxon porte sur la distribution des données). On constate une amélioration de l'ensemble des valeurs associées aux scores résumés : moyennes, médianes, écarts types, ce qui tend à montrer l'efficacité globale du programme. (Le détail de ces paramètres se trouvent en annexe 11).

Figure 15 – (Résultats) résumés des distributions des scores physique (PCS) et psychique (MCS), exprimés sous forme de box plot.



B. Critère secondaire

L'on ne peut pas conclure sur le critère secondaire. Certaines des mesures n'étaient pas significatives. Le critère secondaire étant composite, détaillons l'évolution observée des mesures de l'efficacité de la prise en charge.

Par manque de temps, le recueil des données portant sur le nombre d'hospitalisations et de consultation chez l'un des médecins généralistes de la MPS, 6 mois après les 3 mois de prise en charge CCC, n'a pas eu lieu. En effet, pour une question de date de thèse, la date pour le recueil des données à 6 mois après les 3 mois de la prise en charge CCC pour les dernières personnes incluses n'était pas atteinte. Ces données pourront être recueillies par la suite.

Le nombre de consultations chez les médecins de la MSP lors des 6 derniers mois précédant l'inclusion était de 5.3 en moyenne. Le nombre d'hospitalisations (dont passages aux urgences) a, quant à lui, varié de 0 à 1. A noter que deux patients ont été inclus dans le protocole, alors qu'ils cherchaient un nouveau médecin traitant. Il n'y avait donc pas les renseignements sur ces 2 critères secondaires avant la prise en charge dans le logiciel. Ils ont été exclus de l'analyse de ces critères secondaires. Un des patients vivait 6 mois à La Réunion et 6 mois en Métropole. L'autre venait de quitter son ancien médecin traitant (hors MSP).

L'étude montre une amélioration globale significative de la satisfaction des patients sur l'échelle numérique graduée de 1 à 10, entre avant sa prise en charge et à 3 mois post prise en charge (Moyenne avant 4.7 ; Moyenne après 7.6 ; soit une différence de 2.9 de graduation ; $p = 0.0023$). La satisfaction des praticiens adresseurs est, elle aussi, significativement améliorée (Moyenne avant 4.6 ; Moyenne après 7.5 ; soit une différence de 2.9 de graduation ; $p = 0.0001$). La diminution du nombre de molécules sur les ordonnances chroniques n'était pas significative. (Une moyenne de 2.7 avant versus 2.3 après protocole, soit une différence de 0.4 non significative $p = 0.0733$). L'analyse du nombre de molécules sur l'ordonnance portait sur les 20 patients, même pour ceux n'ayant pas d'ordonnance chronique. Enfin, le score d'observance de la Sécurité Sociale n'a pas montré d'amélioration significative entre avant et après, retrouvant un score identique de quasi 1 question sur 6 en faveur d'un problème d'observance. L'analyse de l'observance n'a porté que sur 12 patients sur les 20 ; uniquement pour ceux prenant des traitements au long cours.

Discussion, critiques et perspectives

I Résultat principal et implications

Cette étude se proposait d'évaluer l'efficacité du protocole CCC en pratique. L'équipe SENS voulait évaluer l'intérêt de poursuivre ce type de prise en charge. Le critère d'évaluation principal retenu, la qualité de vie perçue, a été significativement amélioré après la prise en charge. La satisfaction du patient et celle du professionnel l'ont été également. Nos résultats montrent que l'équipe SENS doit continuer à utiliser le protocole CCC. Le retour des patients sur leur prise en charge était très encourageant. En parallèle, cette thèse a permis à l'équipe de formaliser le protocole, de structurer le tableau de la comptabilité des dépenses et de modifier le fonctionnement des réunions de coordination pour une meilleure efficacité. Elle a permis de définir différents concepts utilisés, de référencer les outils de l'HAS utilisés, les alternatives possibles. Elle ouvre de nouvelles pistes de réflexions sur la prise en charge de la complexité.

Nous recommandons à d'autres équipes de soins primaires de s'inspirer de ce travail pour créer leur propre protocole CCC. Elles tiendront compte des remarques faites pour améliorer leur protocole « cas complexes » et son évaluation. Nous espérons que d'autres études seront publiées sur le même sujet, permettant de comparer et de compléter nos résultats.

Les alternatives à cette étude auraient pu être :

- Une analyse quantitative des mesures de résultats d'intervention en santé axé système de santé (observance, hospitalisations, nombre de consultations...). Cette étude était centrée patient. La méthode était faite pour la qualité de vie perçue. Nous avons observé l'évolution d'autres paramètres d'intervention en santé, mais sans pouvoir conclure s'il y a une amélioration ou pas de ces critères. Le nombre de sujets nécessaires (NSN) serait à recalculer selon cet objectif (critère composite). Nous recommandons également des grilles d'évaluations standardisées. Cela implique un temps d'entretien plus long pour chaque patient. Nous avons fait le choix de rester sur des critères secondaires simples d'évaluation, au vu du critère principal déjà long à évaluer.
- Une analyse financière fondée sur le rapport coût/bénéfice de ce type de prise en charge, pour l'assurance maladie.
- Une étude qualitative du ressenti de la prise en charge de la part du patient, et des professionnels intervenants.

- Une analyse de la mortalité. Cela aurait impliqué une étude de survie de grande ampleur, longitudinale prospective (les CCC/PPCS étant récents, une étude rétrospective n'était pas envisageable lors de cette évaluation).

II Atouts et inconvénients de l'étude

A. Evaluation du critère principal

Notre étude évalue l'efficacité de la prise en charge CCC sur le ressenti du patient. De multiples paramètres étaient mesurables pour tenter d'apprécier l'impact de notre protocole. Mais pour nous, la qualité de vie perçue, ainsi que la satisfaction du patient, sont les deux critères essentiels de cette étude. En effet, la relation médecin patient est au centre de la prise en charge. Le patient doit pouvoir se sentir respecté, écouté et compris pour adhérer à sa prise en charge. Or, comme vu dans l'introduction, les cas complexes sont pourvoyeurs de rupture de parcours de soins. Pourtant, sur 20 patients, il n'y a eu aucun perdu de vue. Nous pensons que le protocole CCC, en proposant un panel de solutions accessibles et variées, peut éviter les échecs de prise en charge classiquement associés à la complexité.

L'auto-questionnaire de qualité de vie MOS SF 36 est un bon outil pour tenter de résumer la qualité de vie perçue des patients complexes. Nous voulions que l'étude soit reproductible, pour être éventuellement comparer à une autre étude du même genre. Or, la MOS SF 36 est la grille d'autoévaluation la plus utilisée par les équipes de recherche françaises et en santé publique. Elle est validée en langue française, ainsi qu'en de multiples autres langues, dont l'anglais. Elle est également validée chez les patients polyopathologiques. La SF 36 est l'échelle générique la plus à même de détecter des changements de la qualité de vie en lien avec la santé, au cours du temps. Elle est reproductible, avec une faible variabilité inter individu. Le biais de mesure était faible pour cet auto questionnaire. Il s'agissait d'une auto évaluation réalisée par le patient. L'évaluation des résultats s'est faite par des opérateurs extérieurs à la prise en charge (recueil de données, statistiques). La particularité de la MOS SF 36 réside dans l'analyse de la distribution des données des dimensions. Les box plots aident à visualiser l'amélioration observée de la qualité de vie perçue des patients. Cette échelle devrait être réutilisée par d'autres équipes pour évaluer, voir comparer l'efficacité de leur protocole CCC/PPCS en choisissant la qualité de vie comme critère principal.

Malgré son intérêt, l'étude présente certaines limites :

Le biais de sélection est non négligeable. Quasi un seul professionnel de santé a inclus des patients dans le protocole, dans une seule MSP (monosite), uniquement pour des patients suivis dans la MSP.

La population dans les hauts de St Gilles est culturellement variée, comme sur toute La Réunion. Les résultats semblent difficilement extrapolables sur une population métropolitaine. La population incluse est composée majoritairement de femmes, jeunes. Il n'y avait pas de personnes âgées dépendantes, peu de personne en grande précarité, peu de patients polypathologiques. Le profil de complexité rencontré était majoritairement psychologique. Les caractéristiques démographiques de la patientèle de la MSP SENS sont différentes de celles identifiées dans la littérature pour la complexité. S'agit-il d'un reflet des problématiques fréquemment rencontrées par ce praticien et/ou d'un manque d'accessibilité du psychologue en secteur de ville ? Les patients âgés polypathologiques bénéficient-ils d'une prise en charge annexe ? Les critères d'exclusion de l'étude étaient-ils trop sévères, excluant notamment la personne âgée avec des troubles cognitifs important ? L'amélioration de la qualité de vie observée était modérée. La question est de savoir si une faible variation de la qualité de vie est suffisante pour affirmer que le protocole est efficace. Les autres critères secondaires subjectifs centrés patient vont en ce sens. La taille de l'échantillon était petite. Un plus grand nombre de patients inclus pourraient améliorer la puissance de l'étude. Pour améliorer l'étude, il s'agirait d'inclure un nombre de patients plus grand, ayant été pris en charge par le même protocole, sur plusieurs MSP, par plusieurs praticiens. Enfin, on note l'absence de perdu de vue. Alors que les ruptures de parcours de soins sont une des difficultés associées à la complexité, les 20 patients inclus sont allés au bout de la prise en charge CCC. Est-ce parce qu'il s'agissait de patients sélectionnés, faisant partie de la file active suivie dans la MSP ? Ou est-ce un reflet de la pertinence de ce protocole qui est mis en place au plus près du patient, avec des intervenants de proximité, et réalisé pour partie à son domicile ?

Dernier point majorant le biais de sélection, l'inclusion n'était pas consécutive. Du fait de mes contraintes professionnelles, le professionnel inclueur me contactait pour l'inclusion de nouveaux patients selon le calendrier de ma présence sur le territoire de La Réunion. Le risque d'un biais d'attrition, c'est-à-dire l'exclusion de patients potentiellement à inclure, était présent. Le praticien inclueur pouvait très bien se dire que la situation de tel patient n'allait pas être améliorée par le protocole, et donc ne pas l'inclure. Il aurait fallu une inclusion continue des patients dans l'évaluation du protocole CCC., en ITT intention de traiter. Cependant, la complexité est par définition subjective. Ce qui veut dire que chaque inclusion de la complexité était à l'appréciation du praticien. Une des solutions aurait-elle été de prévoir un bras contrôle ?

De l'absence de bras contrôle (le biais de confusion). Par définition, le médecin isolé ne peut pas prendre en charge la complexité. Le patient aura beau voir une, deux ou dix fois le même professionnel de santé, la situation ne s'améliorera pas, le praticien ne pouvant solutionner seul la problématique. L'annonce d'une prise en charge révolutionnaire (placebo) semble peu efficace s'il

n'est pas suivi de faits. Au pire, cela conduirait à une rupture de prise en charge. Pour ces raisons, la comparaison à un bras contrôle (suivi classique en médecine générale) ne nous est pas apparue justifiée. Dans son rapport 2019 (49), l'IRDES évalue le plan PAERPA, en comparant la trajectoire des patients inclus versus ceux présentant des critères de haut risque de perte d'autonomie. Une méthode par appariement était réalisée. Le modèle PAERPA répond à des critères précis d'inclusion, permettant cet appariement. Comme vu précédemment, la définition de la complexité d'un cas est propre à chaque professionnel de santé, limitant cette approche par appariement. Une prochaine étude pourrait répartir au hasard les patients complexes inclus par les praticiens entre deux bras. D'un côté, le bras contrôle, avec une prise en charge classique par l'équipe pluriprofessionnelle, de l'autre, le bras du protocole CCC. A noter que l'équipe SENS activait le protocole CCC lorsqu'elle était en difficulté sur une prise en charge (donc on en revient à la situation ~ similaire de celle du praticien seul face à la complexité) et que le CCC, lui, permet de débloquent les professionnels nécessaires mais non conventionnés par la Sécurité Sociale. Le bras contrôle permettrait d'éliminer le facteur de confusion de l'évolution dans le temps ; même si l'amélioration spontanée avec une prise en charge classique de médecine générale semble peu probable pour les cas complexes...

Comme expliqué dans le paragraphe descriptif du protocole CCC, mon travail de thèse a permis à l'équipe de formaliser le protocole. La durée de prise en charge CCC a été fixée initialement à 3 mois. Cette durée a été fixée en fonction des observations de l'équipe SENS, et également sur mes contraintes de durée de thèse. Elle a été secondairement prolongée dans certains cas, de 3 mois (augmentant la durée de prise en charge à 6 mois), lorsque le patient n'avait pas pu bénéficier de l'ensemble de la prise en charge prévue. Par exemple, une patiente n'avait pas eu le temps de démarrer sa prise en charge, en dehors de la validation du BEG initial. Une autre patiente était partie en vacances dans l'intervalle des 3 mois, où seule la coordinatrice du cas avait pu débiter le suivi après la 1^{ère} RCP. Dans son cas, l'objectif principal fixé au décours du BEG, qui était de vaincre ses angoisses en lien avec un départ en métropole pour voir ses enfants, avait pu être atteint, d'où son départ. Tous ces éléments étaient défavorables à l'objectif principal de notre étude, avec un risque majoré de ne pas trouver d'amélioration alors qu'il y en a une (risque bêta). Nous n'avons cependant pas modifié le protocole de l'étude, c'est-à-dire que nous avons conservé l'évaluation à 3 mois dans tous les cas, pour ne pas introduire de biais supplémentaires.

Depuis la fin de l'étude, les habitudes évoluent ! Les autres médecins généralistes de la MSP commencent à mesurer les bénéfices attendus d'une telle prise en charge. Ce sont maintenant trois des quatre médecins de la MSP et un médecin remplaçant qui incluent des patients, signe qu'il faut un certain temps à une équipe pour s'approprier un nouvel outil.

B. Analyse du critère secondaire

L'étude n'a pas démontré l'amélioration du critère secondaire de l'étude, c'est-à-dire l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge. Certaines mesures n'ont pas pu être évaluées (nombre d'hospitalisations et de consultations chez les médecins de la MSP) ou n'étaient pas significativement améliorées (nombre de molécules sur l'ordonnance chronique, score d'observance de l'assurance maladie). L'étude ne permet pas de conclure sur l'efficacité de ce protocole.

Les critères secondaires retenus pour l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge étaient limités et hétérogènes. Ils étaient soit subjectifs (EN échelle numérique de satisfaction patient et praticien ; score d'observance Sécurité Sociale) soit objectif (nombre de molécules, nombre d'hospitalisations et de consultations chez les médecins généralistes de la MSP SENS). Ces critères sont-ils un bon reflet de l'efficacité de la prise en charge ? Ils s'agissaient d'une partie des critères évalués, retrouvés dans les études sur la complexité. Les indicateurs sélectionnés nous semblaient pertinents, réalisables lors d'un entretien. L'étude s'est limitée à un seul auto questionnaire (la MOS SF 36), chronophage, pour ne pas allonger les temps de consultation lors des évaluations. Les critères secondaires étaient donc facilement réalisables. L'absence de grilles d'évaluation validées et reproductibles, introduit un biais d'évaluation (aussi bien pour les critères subjectifs qu'objectifs). A l'avenir, il pourrait être intéressant de sélectionner des grilles d'évaluation validées pour les critères subjectifs, et de recueillir les données d'hospitalisation, de consultations médicales, et de consommation de soins auprès de l'assurance maladie par exemple.

Le nombre de sujets nécessaire a été calculé en fonction de l'objectif principal. Il ne correspondait pas à l'objectif secondaire, qui était de montrer une amélioration des mesures de l'état de santé de la population, dont le critère d'évaluation est composite. Nous voulions observer l'évolution de ces paramètres. L'étude n'était pas conçue pour montrer une amélioration significative du critère secondaire composite. En effet, le nombre de sujets à inclure variait selon chacun des critères.

Détaillons ici l'interprétation de chacun des critères secondaires analysés.

- La satisfaction du patient sur sa prise en charge. Evalué par une échelle numérique, le résultat était soumis à l'influence de l'évaluateur.
- La satisfaction du professionnel adressant le patient sur la prise en charge. Evalué par une échelle numérique, le résultat était soumis à l'influence de l'évaluateur.
- L'observance médicamenteuse : les facteurs de mauvaise observance et de complexité sont les mêmes dans la littérature. Certaines situations touchent aux deux concepts, tandis que d'autres ne remplissent que l'un ou l'autre des deux critères, voir aucun. L'observance a été

évaluée par l'échelle de dépistage de la Sécurité Sociale. Evalué par une échelle numérique, le résultat était soumis à l'influence de l'évaluateur. L'échelle de l'observance de la Sécurité Sociale n'est pas validée pour mener des études sur l'observance. Pour que l'étude soit comparable sur ce critère, et donc reproductible, il aurait fallu sélectionner un des « gold standard » de l'observance, l'échelle de Morisky ou l'ASK 20. Ou alors utiliser un dispositif électronique dans le pilulier du patient.

- Le nombre de molécules de l'ordonnance chronique. Ce critère aurait pu être complété par une évaluation du dosage des molécules. L'objectif était d'analyser l'évolution de l'ordonnance du patient complexe. La principale observation est une diminution (constatée, non mesurée) du nombre d'anxiolytiques pour une partie des patients de l'échantillon, ce qui est déjà une réussite. Le délai de 3 mois correspondant à la prise en charge CCC n'est probablement pas assez long. En effet, il s'agit du délai habituel entre 2 consultations en médecine générale. Il est probable que certaines ordonnances n'ont pas été renouvelées entre avant l'inclusion et à 3 mois de la prise en charge.
- Le nombre d'hospitalisations (dont passages aux urgences) et le nombre de consultations chez l'un des médecins généralistes de la MSP. La diminution significative des hospitalisations est un des éléments clôturant le suivi par case management (2). Tout d'abord, le critère secondaire du nombre d'hospitalisations/consultations n'a pas été analysé dans cette thèse. Le délai des 6 mois post 3 mois de prise en charge CCC n'était pas été atteint pour tous les patients lors de la passation de cette thèse. Nous pouvons constater qu'il y a un grand nombre de consultations chez les médecins généralistes de la MSP SENS avant la prise en charge, très bien corrélé aux difficultés de prise en charge de la complexité par les praticiens. La recherche de ces deux critères secondaires s'est faite en rétrospectif, lors de l'inclusion, dans le logiciel. Ces chiffres sont soumis à la qualité des saisies. (Le chiffre peut être minoré, si par exemple le logiciel n'a pas fonctionné certains jours ou si le patient a consulté aux urgences sans que le compte rendu ne soit enregistré). Le nombre de consultation chez le médecin de la MSP ne prend pas en compte les autres consultations de médecine (autre médecin généraliste, cabinet de garde/SOS médecin, spécialiste...).

Recommandations - Nous recommandons pour les futures évaluations, une étude prospective, multicentrique, sur un échantillon plus conséquent (le NSN sera à calculer selon le critère composite de l'efficacité de la prise en charge), plus longue (effets sur le long terme, pour voir si les effets perdurent dans le temps), faisant intervenir différents professionnels de santé inclueurs, avec une évaluation externe, par plusieurs intervenants. Une comparaison à un bras contrôle, par appariement pourra être discutée. Les cas complexes issus de la même patientèle seront sélectionnés par modélisation prédictive (versus l'inclusion par méthode actuelle combinée jugement clinique du

médecin + critères de sélection).

Une thèse coopérative entre plusieurs internes de médecine, voir même entre plusieurs professionnels de santé en formation, pourrait être une solution, et permettrait aux étudiants d'être sensibilisés au travail en équipe en soins primaires...

Critères de validité de l'étude - Au vue de la puissance de l'étude et des biais méthodologiques, la validité interne est moyenne. Il semble difficile dans ce contexte de pouvoir généraliser ces résultats à l'ensemble de la population réunionnaise (validité externe faible). Les résultats de l'échantillon de St Gilles, de par ses particularités socio culturelles, ne sont pas généralisables à la population générale. La fiabilité de l'évaluation est forte, peu de critères étaient sujet à la variation inter individus (hormis les échelles numériques de satisfaction ; et éventuellement l'échelle d'observance de la Sécurité Sociale).

III Atouts et inconvénients du protocole CCC

Le protocole CCC est unique en son genre. Il a été créé par une équipe pluriprofessionnelle de soins primaires spécifique, sur une problématique locale spécifique. On y retrouve tous les éléments du PPS/PPCS (équipe pluridisciplinaire, parcours de soins coordonnés par un case manager) avec quelques particularités (un suivi possible à domicile, le case manager appartenant à l'équipe de soins primaires, une population multiculturelle créole, des actes éducatifs, l'accès facilité pour les patients précaires à des professionnels libéraux non conventionnés). Ce protocole est une nouvelle ressource mobilisable sur le terrain pour les acteurs de santé de première ligne. Elle n'entraîne pas de déséquilibre de l'offre de soins existante sur un territoire, mais au contraire l'enrichit. Dans le cas de la MSP SENS, le coordinateur du cas complexe travaille avec les intervenants déjà mobilisés autour de la situation, parfois hors équipe SENS. Il leur vient en appui, améliorant la prise en charge. Il ne se substitue pas (lui ou son équipe) à eux. Si le patient est adressé par un médecin généraliste de proximité mais extérieur à la MSP, il sera réadressé à ce dernier, avec un courrier de synthèse de sa prise en charge. Les autres professionnels hors équipe SENS sont conservés (les professionnels de santé choisis par le patient : kinésithérapeute, infirmier...).

Ce type de prise en charge s'adresse à la patientèle de la MSP, mais peut être proposé également à un patient adressé par un confrère de proximité. Le protocole est proposé à tout type de personne jugée comme complexe par un des membres de l'équipe, ce qui est une de ses forces. Même si le patient ne le verbalise en termes de qualité de vie, mais plutôt de mieux/bien être, le protocole est une réussite

pour la plupart des patients. La satisfaction est majorée, améliorant in fine, le lien thérapeutique entre le patient et les soignants. Le patient se sent valorisé. Il est entendu (impact positif sur relation soigné-soignant ou de manière plus générale patient-système de santé). Il pourra acquérir de nouvelles compétences (multiples intervenants, développement de compétences d'auto-soins et d'adaptation à travers l'ETP/AEP) et améliorer sa confiance en soi (efficacité personnelle). Les éléments positifs spontanément rapportés par les patients après évaluation sont :

- L'équipe a un message clair, uniformisé, répété. Le patient se confronte à différents professionnels, multipliant les points de vue. Le risque serait de s'éparpiller sur la prise en charge, en perdant sa cohérence. En définissant à l'avance en RCP les modalités de prise en charge, les professionnels de santé harmonisent le discours médical, chacun avec leurs mots.
- L'équipe connaît le patient. Plusieurs patients avaient vu l'un ou plusieurs professionnels indépendamment avant la prise en charge CCC. Il fallait que le patient répète à chaque fois son histoire de vie à chacun. Dans le cadre du protocole (BEG partagé en RCP), les patients se disaient plus écoutés, les professionnels connaissant déjà leur(s) problématique(s). Le secret médical était préservé. Le patient pouvait se confier sur un événement de vie précis, sans que l'ensemble de l'équipe ne soit mis au courant. Le patient et le praticien sollicité modulaient la diffusion de l'information.
- L'équipe accompagne le patient. La coordinatrice était perçue comme un coach personnel, entretenant la motivation du patient. Le temps d'écoute lors du BEG initial était fortement valorisé. Les patients avaient l'impression « d'être enfin entendu ». La planification de la prise en charge se faisait selon les prérogatives du patient. Il n'avait plus l'impression qu'une solution lui soit imposée. Il choisissait !
- L'équipe est variée. Plusieurs patients ont été surpris de découvrir une activité dans laquelle ils ont pu s'exprimer, se plaire et solutionner leurs difficultés. Certains patients ont ainsi pu rencontrer le professionnel adapté à ses problématiques et les solutionner.

Une étude qualitative devra être menée pour confirmer ces hypothèses.

Actuellement, une situation complexe est chronophage et mal payée. Le protocole CCC financé via l'ACI est une aide appréciable pour le professionnel de santé. Il est aussi efficace. Il permet de soulager le professionnel sur les dossiers lourds. Le regard du professionnel sur le patient évolue. Initialement vu comme un patient complexe, intraitable voir même parfois « un empêchement de tourner en rond », l'analyse de la situation (contexte) permet déjà au praticien d'identifier les difficultés du patient. On pourrait résumer cette démarche de cette façon : « Mettre des mots sur l'inexplicable, c'est comprendre l'autre, modifier sa posture thérapeutique, puis seulement lui proposer son aide ». Le médecin n'est plus démuni face à la complexité. Il peut de nouveau agir !

Au dire de l'équipe, les objectifs fixés en début de prise en charge qui ont été atteints sont élevés. En termes de management, les professionnels se sentent valorisés dans leur travail. Il s'agit d'un élément clé de la motivation du travail en équipe. L'autre point positif rapporté est la présence du case manager (le référent coordinateur du cas complexe). Le case manager étant un membre de l'équipe ce qui est un des points originaux de ce protocole : la coordination en est facilitée, l'interlocuteur connu et facilement mobilisable par les membres de l'équipe. Toujours selon les dires de l'équipe, les cas complexes n'étaient pas perçus comme plus contraignants ou difficiles à prendre en charge. Bien que le case management (notamment avec le BEG initial) et les réunions de concertations pluriprofessionnelles nécessitent du temps et de l'investissement, le financement des intervenants pour la coordination via la SISA rendait acceptable cette charge de travail supplémentaire. Une étude qualitative devra également être menée pour confirmer ces hypothèses.

Une des étapes importantes du CCC pour l'équipe SENS a été de structurer la prise en charge. Avant de démarrer cette thèse, le protocole était à ses débuts, au stade expérimental. Lorsque le médecin coordinateur du protocole CCC m'a proposé d'évaluer celui-ci, il a fallu le formaliser. Les concepts étaient déjà là (bilan diagnostique initial, case manager, PPS et prise en charge multidisciplinaire coordonnée, AEP). L'équipe a alors défini l'armature générale du protocole, rendant le CCC reproductible, et in fine, évaluable et comparable !

L'équipe SENS est novatrice dans la prise en charge de ses patients. Depuis 2013, elle a défini et utilisé dans ses programmes un concept d'Actes Educatifs Ponctuels (AEP) qui est très proche du référentiel sur les actes éducatifs ciblés (AEC) proposé par L'HAS en 2015. De même, le protocole CCC a été créé en fin 2017 avant que le PPCS ne soit édité par l'HAS, en juillet 2019 (cf étapes du PPCS en annexe). Il est intéressant de voir que des équipes pionnières en soins primaires vont dans le même sens que les politiques de santé publique. De manière générale, les outils mis en place doivent répondre à un besoin de l'équipe...

Outils de la MSP SENS	Recommandations de l'HAS
Protocoles rédigés par l'équipe de soins primaires , de terrain, courts, souples, flexibles. Réponse à une problématique précise, à un besoin. Facilement utilisable en pratique par tous les intervenants.	Protocoles rédigés par les experts de l'HAS , long à rédiger. Socle commun. Complets et Exhaustifs. Difficilement adaptables à une prise en charge sur le terrain en soins primaires.
BEG bilan éducatif global Analyse multifactorielle des problématiques médicosociales d'un patient. Les attentes et	Evaluation globale de la situation (selon le PPS) Et

<p>les besoins de la personne sont prises en compte.</p>	<p>BEP bilan éducatif partagé (en ETP), aussi appelé diagnostic éducatif</p>
<p>AEP Actes éducatifs ponctuels</p> <p>Le professionnel doit être formé en ETP.</p> <p>Intervention ponctuelle sur un besoin éducatif ciblé, pour une problématique donnée dans le cadre d'une maladie chronique. L'objectif pour le patient est d'acquérir de nouvelles compétences (d'auto-soins et d'adaptation) et d'améliorer sa confiance en soi (sentiment d'efficacité personnelle).</p> <p>Intervention évaluée, et pouvant être répétée, utilisant des outils pédagogiques</p>	<p>AEC Activité éducative ciblée</p> <p>Le professionnel doit être formé en ETP.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer le besoin éducatif, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences. 2. Proposer au patient un cadre pour l'apprentissage d'une compétence définie au préalable, un déroulement et un contenu précis sur un temps suffisamment long pour utiliser des méthodes interactives permettant au patient de manipuler, s'exercer, être mis en situation de résoudre des problèmes. 3. S'assurer de l'acquisition de la compétence et des conditions de réalisation dans la vie quotidienne, donner et recevoir du <i>feedback</i> : reformulation, mise en situation, observation et retour de la part du soignant et du patient.
<p>Protocole CCC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluriprofessionnelle <p>Ce type d'action renforce la cohésion d'équipe et s'inscrit dans le projet de santé de la MSP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge des patients est globalement similaire avec l'emploi d'outils similaires pour formaliser le parcours de soins et la coordination (BEG évaluation globale initiale, PPS et ses 10 étapes, RCP, ETP/AEP...) et le Case manager (appelé le référent dans le cas du PPCS) <p>L'apprentissage de la complexité s'est fait sur le terrain (absence de formation spécifique de ses membres). Le protocole CCC répondait à</p>	<p>PPCS plan personnalisé de coordination en santé – outil dématérialisé de partage d'informations pour l'ensemble des acteurs, en vue de la coordination du parcours de santé de la personne complexe. Il est commun au sanitaire et au médico-social. Tout professionnel peut initier un PPCS, il n'est pas à l'initiative unique d'un type de métier..</p> <p>Chaque PPCS est composé de quatre sections : l'évaluation, la négociation d'objectifs, un plan d'action, une réévaluation. L'élaboration et le suivi du PPCS sont l'occasion d'une progression des pratiques professionnelles supposant un renforcement des compétences de coopération et de coordination. Il favorise le travail en équipe.</p>

un besoin. Il s'inscrit dans un ensemble (équipe pluriprofessionnelle, MSP...)	À cet effet, une formation pluriprofessionnelle est nécessaire pour accompagner l'utilisation du PPCS.
--	--

On s'aperçoit que les outils proposés par l'équipe SENS et par l'HAS sont similaires sur bien des points.

Le protocole CCC n'est pas non plus parfait. Plusieurs limites sont également apparues :

- La durée de prise en charge formalisée à 3 mois, rallongée secondairement à 6 mois, risque de ne pas être suffisante pour certains patients. Certaines problématiques, notamment psychologiques ou sociales, nécessitent des temps de prise en charge plus longs (suivi médical). Par exemple, la coordinatrice lors du bilan initial ou la psychologue ont fait ressortir de nouvelles problématiques (traumatismes psychologiques anciens par exemple). Ces patients se sentaient plus démunis après l'évaluation ou la prise en charge qu'avant. De la même manière, le temps de mise en place de certaines prestations sociales prend du temps (places en EHPAD, aides MDPH...).

- Le professionnel souhaiterait revoir la personne qu'il a adressée dans le protocole. Les patients inclus dans cette évaluation étaient de la liste des patients inscrits médecin traitant au sein de la MSP. Cependant, en dehors de cette thèse, d'autres patients complexes peuvent être adressés par des collègues extérieurs à l'équipe SENS. Or le protocole prévoyait une réévaluation finale par le coordinateur, sans mentionner le professionnel initial ayant adressé le patient. Il pourrait être intéressant d'ajouter au protocole CCC, une consultation de clôture avec le professionnel de santé ayant sollicité l'inclusion (en plus de la consultation de clôture avec le coordinateur).

- La coordination au sein de la MSP est subventionnée. L'enveloppe financière est limitée pour chacune des prises en charge CCC. Même si l'équipe gère son budget annuel selon ses besoins et selon les problématiques rencontrées avec certains patients, les fonds ne sont pas illimités. Le point de vue du patient est pris en compte (priorisation selon ses attentes). Qui mobiliser et combien de temps ? Le nombre d'acteurs non conventionnés avec la Sécurité Sociale mobilisable autour d'un cas complexe et le nombre de séances allouables devront être anticipés. Une négociation avec le patient, d'une participation partielle selon ses revenus, est déjà réalisée. Mais la question se pose pour les patients nécessitant une prise en charge approfondie, sur le long terme...

- Censé améliorer la prise en charge des patients, le travail en équipe pose de nouvelles problématiques aux soins primaires. Le protocole nécessite un bilan financier et une évaluation de son efficacité, envoyés à la Sécurité Sociale et à l'ARS. Or, alors que d'un côté le travail en équipe est censé dégager du temps au médecin, de l'autre, ce type de démarche nécessite toujours plus de démarches administratives (programme et protocoles à déposer à l'ARS et/ou à la Sécurité Sociale, bilans d'activités à produire...). Le management des équipes demande lui aussi du temps et une formation. On ne s'improvise pas manager...

- Une évaluation du PPCS (et du protocole CCC.) à grande échelle est nécessaire dans les années à venir car les évaluations intermédiaires du plan PAERPA ne sont pas concluantes (49). Le rapport de l'IRDES ne montre pas d'amélioration de l'efficacité des prises en charge du point de vue médical. Il faut nuancer avec le fait que le modèle PAERPA a été mis en place en 2014, mais réellement effectif mi 2015. L'évaluation en 2017 était peut-être trop précoce après la mise en place PAERPA. De plus, l'étude observait une augmentation du nombre de consultations et d'hospitalisations à court terme, avec une majoration des dépenses de santé, pouvant s'expliquer par un meilleur suivi initial. Enfin, les paramètres de satisfaction du patient n'ont pas été analysés (à l'inverse de cette thèse s'axant sur la qualité de vie notamment). Le rapport de l'IRDES conclut par l'intérêt limité de l'outil PPS. Il pose la question des limites de cet outil utilisé seul pour répondre à la complexité. Mais il prendrait tout son sens en équipe pluriprofessionnelle, facilitant la coordination entre ses membres. L'évaluation du protocole CCC et des plans PAERPA/PPCS, en termes d'efficacité (bénéfices/risques) et de coûts, sont à mener sur le long terme.

IV Pistes d'améliorations, alternatives du protocole CCC.

A l'avenir, si l'équipe SENS inclus plus de malades hors patientèle MSP (adressés par des médecins extérieurs) pour qu'ils soient pris en charge en CCC, ce protocole (pensé pour une patientèle), atteindra ses limites en termes de fonctionnement puisque le montant de la dotation allouée annuellement à l'équipe au titre de l'ACI est calculé en fonction du nombre de patients inscrits « médecin traitant » dans la MSP. Faudra-t-il délocaliser le protocole CCC vers une CPTS ? La question se pose si les patients pris en charge par ce protocole n'appartiennent plus seulement à une patientèle mais bien à un bassin de population...

Depuis la loi Kouchner 2002 sur le droit des patients, les gouvernements successifs ont réaffirmé le rôle essentiel des comités d'usagers au sein des instances de santé. Avec la dernière loi LMSS 2016, le terme de « démocratie sanitaire » est apparu. L'équipe SENS réfléchit à la manière dont les usagers du système de soins pourraient s'associer au sein de la MSP. Un partenariat avec un comité d'usagers pourrait permettre d'améliorer les prises en charge. Pour l'instant, aucune étude en soins primaires n'a été menée pour démontrer l'efficacité d'intervenants non professionnels pour le CCC/PPCS.

D'autres exemples de protocoles pour la prise en charge de la complexité ont été menés en France et dans le monde. Les idées sont là pour enrichir le protocole CCC. Nous retiendrons ici 3 initiatives innovantes autour de la complexité.

- Elaboré en 2013 par la FFMPS, le protocole ESPREC (le suivi de cas complexe en équipe de soins de premier recours) propose un suivi de patients complexes orienté sur la polyopathie par un trio de professionnels de santé (médecin généraliste, infirmière, pharmacien). Le référent du cas doit relancer régulièrement le patient (motivation, observance, éducation, repérages des nouvelles problématiques...). Dans le cadre du CCC., il n'y a pas de vérification de l'évolution de la prise en charge formalisée, ce qui a pu entraîner parfois un retard de prise en charge. A noter que le protocole ESPREC n'a jamais été évalué. Il a été ensuite remplacé par le modèle PAERPA.
- Le dispositif IMPACT (50) (Interprofessionnel Model of Practice for Aging and Complex Treatments) mené au CANADA en 2010 est un modèle de soins complexe pour personnes âgées à domicile. L'intérêt de ce modèle de prise en charge est la formation d'un professionnel de santé à la coordination. Il menait un équivalent de BEG avec un patient âgé complexe, en retransmission vidéo avec l'équipe pluriprofessionnelle. Puis une RCP permettait de fixer une conduite à tenir, collégiale. A noter que le dispositif est seulement formalisé. L'évaluation du dispositif est à venir.
- Actuellement, la plupart des programmes ETP se limitent à une pathologie chronique. L'éducation d'un patient asthmatique ou d'un patient diabétique sont connus, mais il n'existe pas de modèle d'ETP pour éduquer le patient aux deux, en même temps ! L'équipe française d'Ivernois et Gagnayre travaille depuis plusieurs années à un modèle d'ETP polyopathologique (51) (52). Pour eux, l'ETP polyopathologique ne diffère pas de l'ETP mono pathologique dans sa conception. L'accent est cependant surtout mis sur les compétences « transversales », comme la compréhension des différentes maladies, la gestion d'un traitement complexe, l'amélioration de son alimentation et de son activité physique. Les auteurs ont mené une revue de la littérature (53) confirmant que l'ETP pour les patients polyopathologiques est possible. Rappelons que la polyopathie n'est qu'une des facettes de la complexité. Mais un programme d'ETP polyopathie pourrait être inclus au parcours personnalisé de coordination en santé (PPCS). Reste à vérifier l'efficacité de tels programmes. En effet, un programme d'ETP est compliqué à mettre en œuvre, et très standardisé dans la prise en charge. Ce manque de flexibilité pourrait constituer un frein face à la complexité.

Conclusion

Cette étude souligne l'intérêt du travail en équipe pour répondre à la complexité en soins primaires. Les situations complexes sont chronophages, couteuses, difficiles à prendre en charge pour les médecins isolés en cabinet. Quelles solutions s'offrent aux médecins de premiers recours ?

Une première solution est de s'appuyer sur la plateforme territoriale d'appui (de l'ARS). Une 2^{ème} solution est de solliciter un acteur territorial (réseaux, hôpitaux, autres professionnels compétents...). La 3^{ème} solution développée dans cette thèse s'appuie sur l'équipe de soins primaires. L'équipe SENS a formalisé un parcours de soins coordonnés type pour le patient en situation complexe, le CCC. Ce protocole intègre divers outils méthodologiques (de l'HAS – plan PPS/PPCS, fiche coordination, les RCP, l'ETP, l'évaluation des pratiques, les aidants, le domicile...), s'appuie sur de « nouveaux » dispositifs financiers (l'ACI 2018 du CSP), et fait intervenir une grande diversité de professionnels de la santé, parfois non conventionnés avec la sécurité sociale. La prise en charge est locale, adaptée au patient, pluridisciplinaire.

Malgré un échantillon de petite taille et spécifique à la patientèle de la MSP, cette thèse a montré l'efficacité de la prise en charge CCC pour l'équipe SENS. L'étude retrouve une amélioration de la qualité de vie perçue et de la satisfaction des patients après les 3 mois de prise en charge. Le protocole CCC offre une approche psycho sociale de très haute qualité. L'équipe SENS débloque ainsi de nombreuses situations complexes.

Le protocole CCC est une méthode de travail. Il ne doit pas être pensé de manière isolée. Il s'intègre au sein d'un travail en équipe et de sa structure de soins de type MSP. Il devra évoluer afin d'intégrer les autres acteurs du système de santé. L'objectif est un triple décloisonnement des trajectoires de soins : la création de passerelles avec les médecins spécialistes et hospitaliers d'une part, avec les autres professionnels du secteur médico-social d'autre part, et enfin l'intégration des usagers du système de soins.

Pour conclure, nous recommandons aux équipes de soins primaires de s'approprier les différents outils développés dans cette thèse. Leur CCC/PPCS devront répondre à leurs propres besoins, à leurs propres complexités. Des ajustements seront probablement nécessaires. Ce n'est qu'en multipliant les partages d'expériences et leurs évaluations, que nous progresserons dans notre discipline, celle de la médecine générale et celle de soignant.

Annexes

1. Annexe – Liste des catégories de la complexité (selon grille ACI)

- Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme instable...
- Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxiodépressif ...
- Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : anti vitamines K ; insulinothérapie...
- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients polypathologiques ; soins palliatifs ; suivi post d'accident vasculaire cérébral...
- Patients obèses ;
- Grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...)
- Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association de troubles psychiques, de troubles du comportement et/ou de difficultés sociales ; et comprenant également la maltraitance intra familiale.
- Un critère complémentaire a été ajouté dans le cadre du protocole CCC pour permettre au clinicien ayant repéré un patient n'entrant pas dans les critères de la liste ACI, de l'y inclure. Le patient doit cependant répondre à la définition de la complexité telle que définie : Situation singulière de santé d'un patient, posant une problématique de prise en charge pour l'équipe soignante, et résultante d'un ensemble multifactoriel, comprenant les caractéristiques bio, psycho, sociale du patient celles professionnelles et humaines du médecin, et celle du système de santé lui-même.

2. Annexe – Formulaire d'inclusion (accord patient)

SENS

Pôle de Santé PluriProfessionnel SENS

FORMULAIRE D'INCLUSION

Programme CCC de prise en charge et de coordination de cas complexes

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Demeurant à :

Certifie que le Docteur

m'a proposé(e)

N° d'identifiant CCC 2018

D'adhérer au programme « CCC » mis en place au sein de la Maison de Santé PSPP SENS.

Ce programme vise à permettre à des patients de mieux vivre avec leur(s) maladie(s) et leur(s) traitement(s), d'améliorer leur état de santé globale et de leur permettre de réaliser les objectifs qui auront été déterminés avec eux en début de prise en charge au cours d'un premier entretien le BEG : Le Bilan Educatif Global.

Pour permettre la retranscription fidèle de ce premier entretien et sous réserve de mon autorisation, cette séance pourra faire l'objet d'un enregistrement audio qui sera effacé après la retranscription. Le professionnel de santé qui réalisera ce BEG deviendra le coordinateur de ma prise en charge auprès des professionnels impliqués.

L'engagement dans ce programme nécessite donc le recueil de paramètres d'évaluation médicale, d'éléments de mon dossier médical et le **partage de ces données de manière confidentielle** entre les différents professionnels de santé et de l'équipe de coordination qui interviendront dans la prise en charge coordonnée et selon mes besoins spécifiques, tous membres ou partenaires du PSPP SENS.

La prise en charge en CCC fait l'objet d'une évaluation institutionnelle.

Je suis informée et j'accepte que ces données soient utilisées de manière anonyme et globale dans un but épidémiologique et d'évaluation ou dans le cadre de projet de recherche en soins de premiers recours.

Je pourrai avoir accès aux résultats globaux de l'évaluation de ce programme.

Si je le désire, je pourrai à tout moment arrêter ma participation au programme en ayant averti au préalable l'équipe de coordination médicale.

Il ne me sera pas demandé de participation financière, ce programme étant financé par l'assurance maladie, dans le cadre des Nouveaux Modes de Rémunération.

Fait à

Le

Signature de l'utilisateur

Signature du médecin



3. Annexe - Fiche patient du protocole



Proposition d'inclusion en CCC

Coordination de Cas Complexes Numéro d'identification : CCC 2018-.....

(*Zones à remplir Etienne THOMAS/ *Zones à remplir par le coordinateur du cas)

Date de la proposition de la CCC :	
Accepté par le patient le :	(ou Refusé le):
Fiche d'accord inclusion signée ¶	
Patient : NOM Prénom	
Date de naissance	
ADRESSE	
TELEPHONE	
Etudiant / Travail/ Chômeur / Invalidité / Retraite / Sans activité professionnel (autre)	
Situation sécurité sociale (CMU / non CMU)	
Situation maritale	
Nombre d'enfants / dont à charge	
Motif de la demande Numéro(s) de complexité	
Nombre d'hospitalisation depuis 6 mois	
Nombre de consultation MG depuis 6 mois (toute consultation)	
Questionnaire Qualité de vie MOS-SF36 (par l'interne)	
EVA satisfaction ressentie de la prise en charge actuelle par le patient et score sécu d'observance (par l'interne)	

Ordonnance chronique complète jointe	
EVA satisfaction ressentie de la prise en charge initiale	
NOM Prénom du Professionnel coordinateur sollicité pour le BEG (Bilan Educatif Global)	
Profession/ Téléphone	
Coordonnées des Personnes ressources autour du patient (Familial, paramédical, social...) NOM prénom, profession, téléphone : - - - -	
Fin de prise en charge CCC le : Durée de la prise en charge CCC 3 mois	
Questionnaire Qualité de vie MOS-SF36	
EVA satisfaction ressentie de la prise en charge CCC par le patient Et score d'observance sécu	
EVA du % de volonté du patient de recours à nouveau à ce type de prise en charge en cas de difficultés ultérieures.	
EVA satisfaction ressentie de la prise en charge pour le professionnel sollicité du CCC	
Ordonnance chronique complète jointe	
Nombre d'hospitalisation après 6 mois	
Nombre de consultation MG après 6 mois	

4. Annexe - Le bilan éducatif global

Dans le protocole CCC, un bilan éducatif global (BEG) est réalisé initialement par le coordinateur du cas complexe, correspondant approximativement en ETP au bilan éducatif partagé (BEP). Il tente d'analyser les représentations, le ressenti et le vécu du patient, ainsi que ses besoins et ses attentes en termes de santé.

PROJET PERSONNALISE				
Date :				
Réalisé avec :				
Transmis au médecin traitant le :				
				
Date	Mes besoins	Ce que je souhaite	Comment je peux le faire	Je fais le point
	Besoins	Objectifs priorités d'apprentissage compétences négociées	Modalités de suivi éducatif Contenu et planification des séances éducatives	Evaluation évaluations individuelles intermédiaires

Le BEG s'inspire des supports Asalée et des bases de l'ETP.

<p>1. Qu'est ce qu'il a ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Du point de vue bio-médical : pour évaluer la gravité de la maladie, quels sont les traitements mis en place. ❖ Autres problèmes de santé reliés ou non à sa maladie, handicaps ... 	<p>2. Qu'est ce qu'il fait ? = Comment il vit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Du point de vue socio-économique : ❖ Sa condition de vie au niveau familial et social ❖ Ses études ❖ Loisirs, activités ❖ Lieu de vie, habitudes, ❖ Peut il résoudre seul ses problèmes 	<p>3. Qu'est ce qu'il sait ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Du point de vue cognitif : ❖ Que sait il sur sa maladie, son ou ses traitement(s), comment la vit il au quotidien, seul ou avec les autres ❖ Quelles sont ses représentations?
<p>4. Qu'est ce qu'il croit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explorations : ❖ des connaissances antérieures, ❖ des croyances, ❖ des représentations ➤ Par rapport à sa famille : ❖ Leurs connaissances ❖ Leurs croyances ❖ Leurs représentations ❖ Leur relationnel 	<p>5. Qui est-il ? Que ressent-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Du point de vue psycho-affectif: ❖ Est il inquiet, résigné, confiant, insouciant? ❖ Comment vit il sa maladie : ❖ C'est un défi, un déni, une révolte, un marchandage, un retour sur soi, une acceptation) 	<p>6. Quel est son projet ? = ce dont il a envie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut être formulé par le patient ou proposé par le soignant ❖ Doit être négocié ❖ Doit être sa source de motivation ❖ Facile à mettre en œuvre et réalisable à court, moyen, long terme. ❖ Il doit être valorisant pour le patient

**Apprendre à éduquer le patient.
Approche pédagogique. D'Ivernois**

5. Annexe - Questionnaire repérage de l'HAS de la complexité

Questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours (Source HAS 2014)

La personne	O	N	?
• A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
• A-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
• A-t-elle une restriction de ses déplacements ?			
• A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
• A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
• A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹: Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

Si vous avez répondu OUI à <u>deux</u> de ces questions	O	N	?
• La personne vous paraît-elle nécessiter une assistance au parcours ?			
• Si oui, accepte-t-elle cette assistance ?			

6. Annexe - Plan personnalisé de coordination santé

Le PPCS (recommandation HAS 2019)

Les dix points clés de la réalisation d'un PPCS

1. Identifier un référent du PPCS³
2. Identifier les situations à problème ou les besoins non couverts sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
4. Recueillir le projet de la personne, ses choix, ses préférences et attentes, et en tenir compte
5. Analyser la situation à partir des éléments recueillis et co-construire un projet autour d'objectifs communs avec la personne et les professionnels
6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs
7. Identifier des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions, en respectant le libre choix du patient
8. Déterminer des critères d'atteinte des objectifs
9. Fixer des dates de révision des interventions⁴
10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPCS⁵

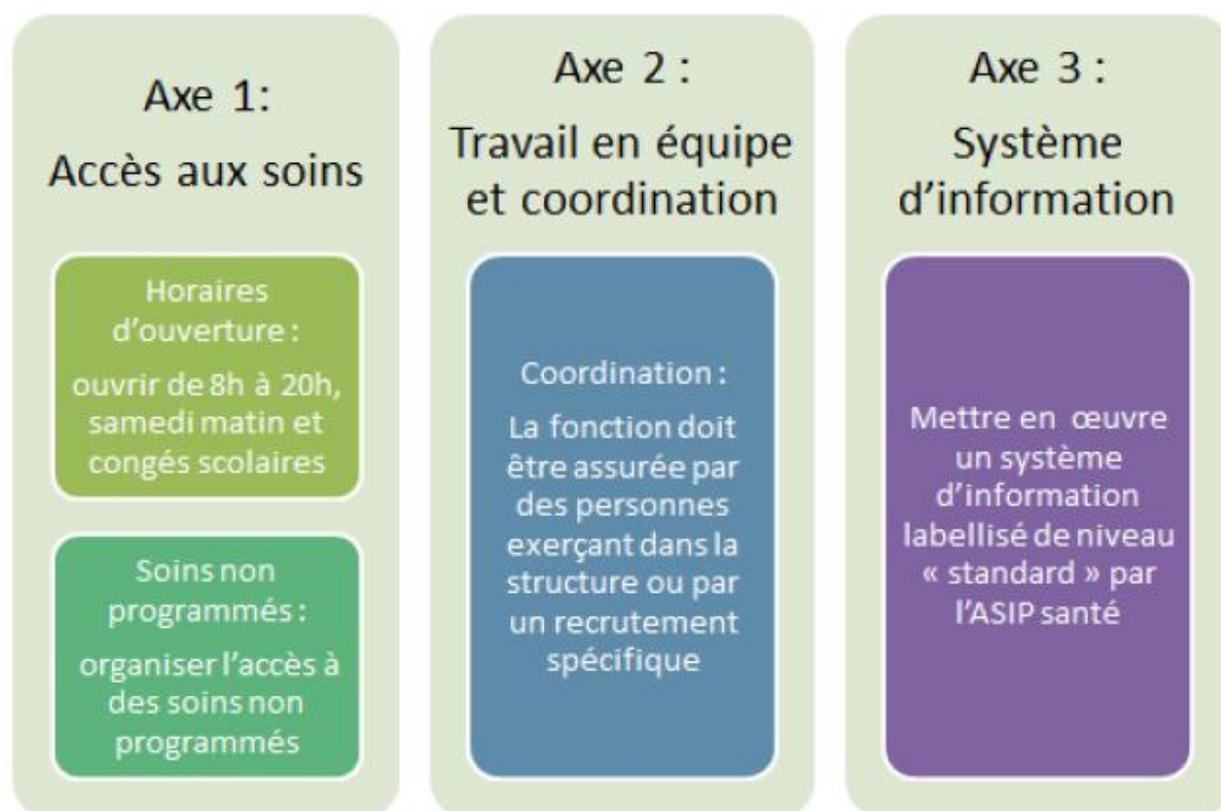
Fonctions du référent

- Recueil régulier des priorités de la personne
- Synthèse des éléments issus des évaluations sanitaires et sociales afin de définir les problèmes, les besoins non couverts, et compléter la synthèse des évaluations
- Animation d'une réunion téléphonique ou présentielle, réunissant les acteurs sanitaires médico-sociaux et sociaux et jugés utiles au suivi : cette réunion débouche sur le remplissage ou l'actualisation du PPCS
- Négociation avec la personne et son entourage des objectifs partagés
- Suivi du calendrier des points d'étape programmés en équipe, qu'il ajustera en fonction de l'évolution de la situation
- Suivi de la mise en œuvre du PPCS
- Réception des alertes en cas de difficultés ou de problème, et animation d'une nouvelle concertation pour ajuster le PPCS

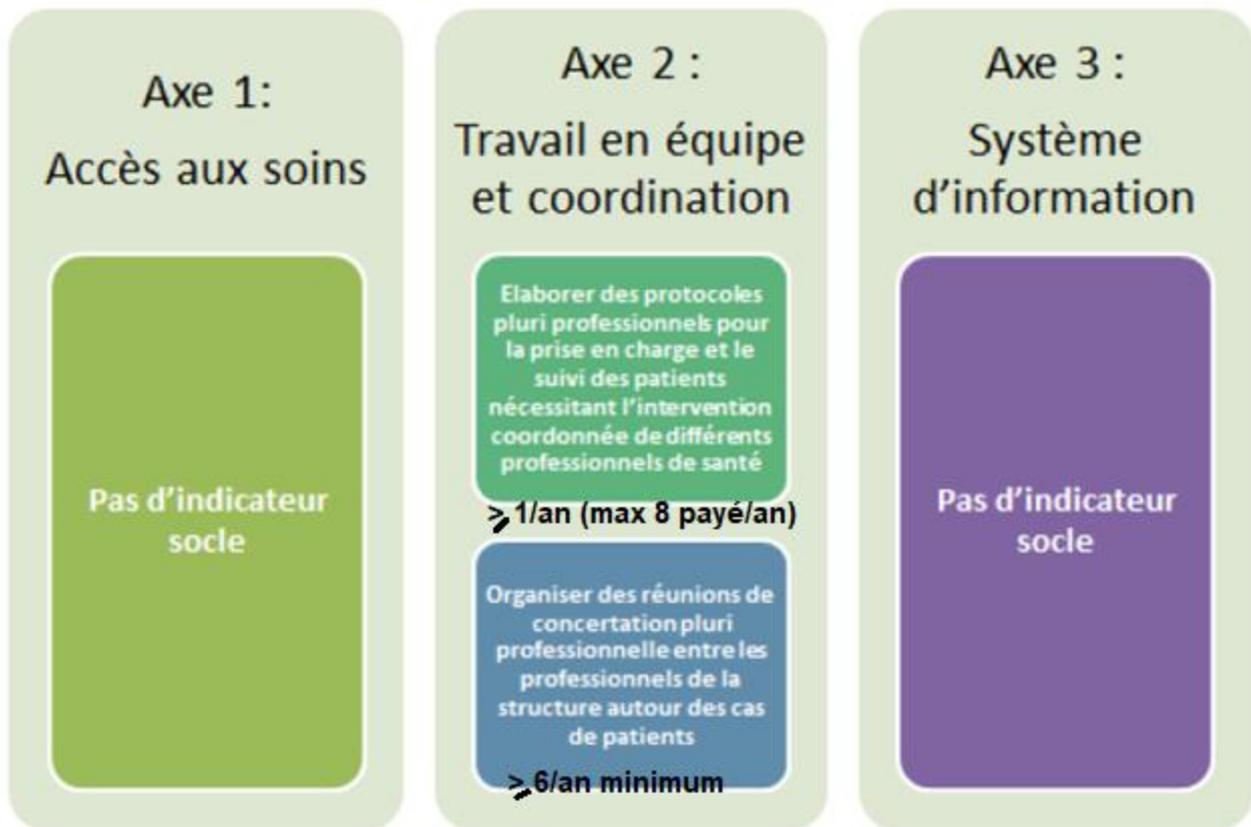
7. Annexe – Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

L'ACI est signé entre la MSP, l'ARS et la Sécurité Sociale. L'équipe de soins primaires de la structure de santé reçoit une enveloppe globale en contrepartie de son engagement à remplir les 3 indicateurs socles prérequis, les indicateurs socles et la possibilité de remplir les indicateurs optionnels.

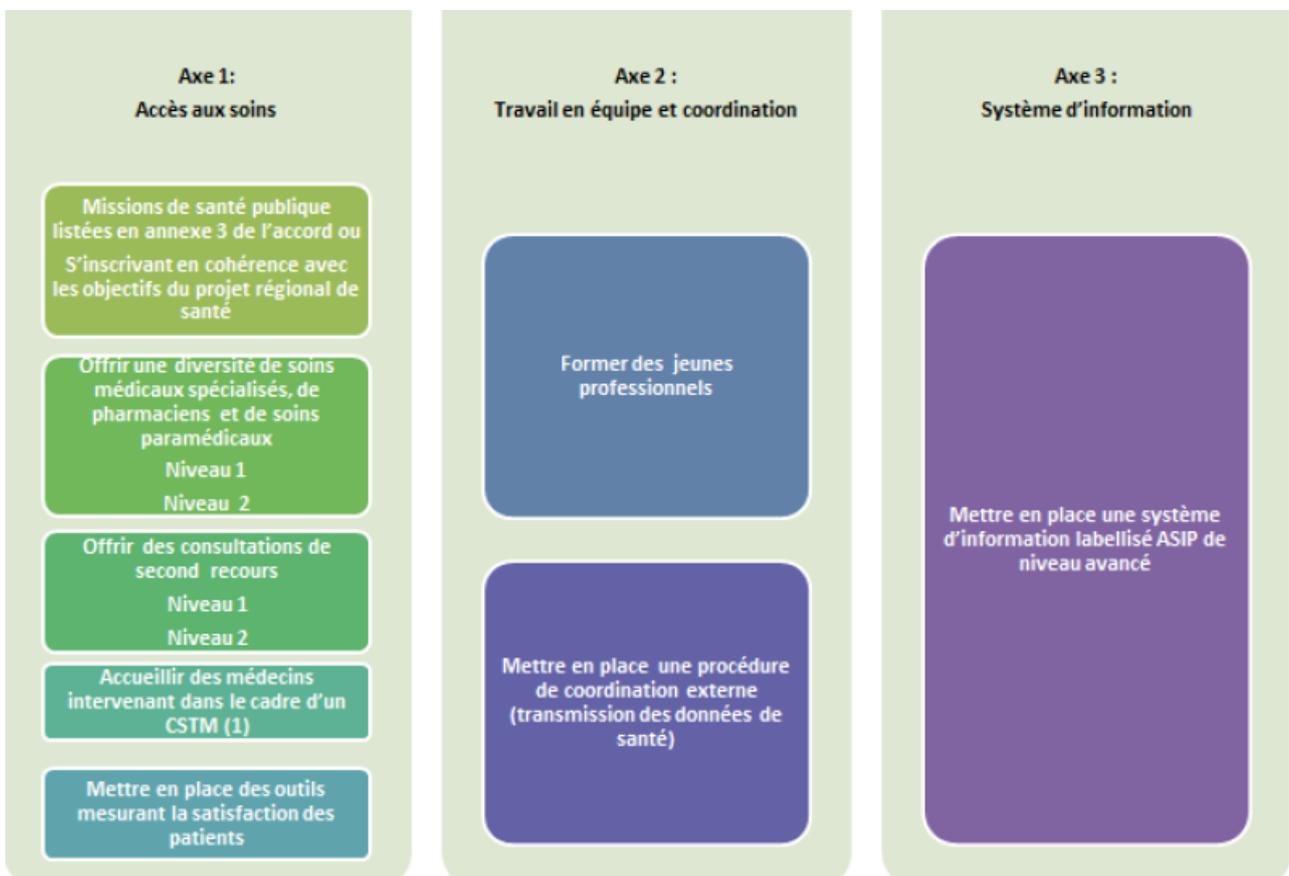
Les indicateurs socles prérequis (obligatoires) :



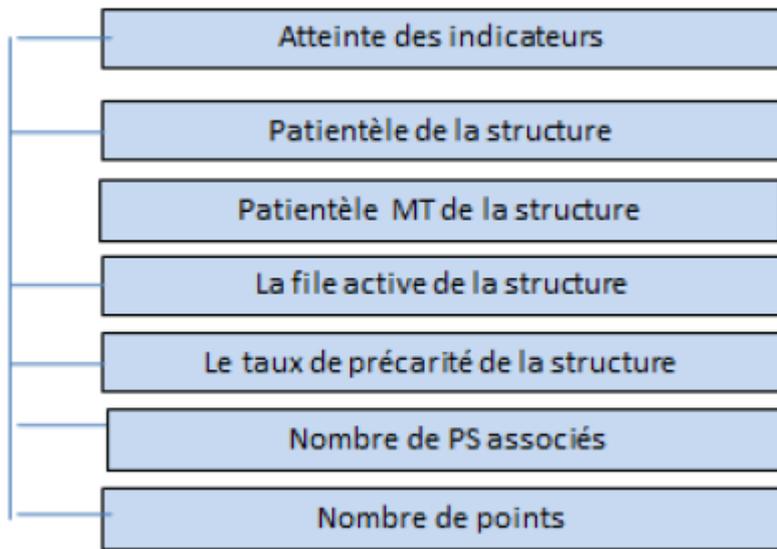
Les indicateurs socles de l'ACI (obligatoires)



Les indicateurs optionnels



Le calcul des sommes allouées à la MSP : La rémunération est versée à la structure (SISA). L'équipe dispose de cette somme pour la coordination comme elle l'entend.



MT médecin traitant

PS professionnel de santé

8. Annexe – Actions de la MSP de St Gilles les hauts

Ces actions menées par l'équipe SENS de la MSP de St Gilles les hauts ont été référencées en 2016. Le lecteur pourra noter la différence des critères d'inclusion dans le protocole CCC. ; avant formalisation par l'équipe. Le nombre de catégories de la complexité est passé de 5+1 à 7 +1 ; en accord avec la définition des complexités de l'ACI de 2018.

Population cible	Actions de santé	Activités proposées	Référents de l'action <i>* formés à la dispensation ETP **formés dispensation et coordination ETP</i>
Patients asthmatiques Asthme sévère ou asthme avec fort retentissement sur la qualité de vie (<i>adultes – enfants</i>)	ETPA Education Thérapeutique du Patient Asthmatique	- Programme d'ETPA - Actes Educatifs Ponctuels (à domicile si souhaité)	Fiche d'orientation au Dr V. COCHET** Anne Marie BAILLARD*, SF (si femmes enceintes)
Patients en surpoids motivés par l'activité physique +/- diététique (<i>adultes – ados pour les vacances</i>)	APAME Activité Physique Adaptée Médicalement Evaluée	- suivi médical trimestriel - Aqua Santé ou marche nordique : 1 séance hebdomadaire / 12 mois - ateliers diététiques réguliers 5 vendredis : 22 juin, 24 août, 14 sept., 15 oct., 5 nov. 2018 17H30-19H00 - consultations individuelles diet (suivis particuliers)	Dr Nicolas MERLE** Laurence de BONNAY, coach Aqua Mauricianne GOUPIL, coach Marche Véronique RIZZI**, coordinatrice
Enfants / ado repérés en difficulté Troubles du langage oral ou des apprentissages scolaires	TDA Dépistage et PEC des TDA scolaires	- dépistage ERTL4, ERTL6, approfondi EDA (si besoin) - prise en charge spécifique des enfants - coordination externe MSP avec le médecin coordinateur	Dr Florence GUILBAULT-LONGUET*
Femmes enceintes Femmes avec jeunes enfants	Education	- ateliers alimentation femme enceinte + protocole - ateliers alimentation du jeune enfant + protocole	Dominique NATIEZ* , diététicienne
Patients diabétiques	Gradation	- protocole de gradation du pied diabétique - orientation podologique	Aude GIRARD* , podologue Dr Véronique COCHET**
Patients complexes - complexité repérée par les PS + 5 types de complexité liés à l'ACI	CCC : Coordination de Cas Complexe	- repérage et prise en charge en CCC pluri-pro avec PS - coordination interne / externe (cf. schéma) - pouvant inclure des professionnels du médico-social	Dr Véronique COCHET** - coordinateur du cas et du parcours - équipe de prise en charge du patient
Tous patients intéressés	Premiers secours	- ateliers initiation premier secours	Dominique NATIEZ* , formatrice

9. Annexe – Auto questionnaire MOS SF 36

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : à peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
A			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
B			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
C			
Soulever et porter les courses	1	2	3
D			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
E			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
F			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
G			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
H			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
I			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
J			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
et en raison de votre état physique

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
D		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
et en raison de votre état émotionnel
[comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
dans quelle mesure votre état de santé, physique
ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale
et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis
ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.
4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.
4 : beaucoup. 5 : énormément.

9/ **L**es questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
C						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
D						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
E						
Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
F						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
G						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
H						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
I						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1 : en permanence.

2 : une bonne partie du temps.

3 : de temps en temps.

4 : rarement.

5 : jamais.

11/ **I**ndiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
A					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
B					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
C					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
D					
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

10. Annexe - Calculs MOS SF 36

Les résultats s'expriment par catégorie, **4 physiques et 4 mentales**. Ces catégories peuvent être synthétisées en **deux globales, une physique et l'autre mentale**.

Le Statisticien à procéder par Etapes :

1) Transformation linéaire des scores de chaque échelle

(Catégorie physique)

- PF activité physique $Q3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$
- RP limitations liées à l'activité physique $Q4a +4b+4c+4d$
- BP douleurs physiques $Q7+8$
- GH santé perçue $Q1+ 11a+11b+11c+11d$

(Catégorie mentale)

- VT vitalité $Q9a+9e+9g+9i$
 - SF vie et relations avec les autres $Q6+10$
 - RE limitations liées à l'état psychique $Q5a+5b+5c$
 - MH Santé psychique $Q9b+9c+9d+9f+9h$
-
- (à part : HT évolution de la santé perçue $Q2$)

Chaque échelle est pondérée de 0 à 100 selon les recommandations du manuel de la MOS SF 36. Les Scores globaux physiques (PCS) et mentales (MCS) sont agrégés également selon recommandations du manuel de la MOS SF 36.

11. Annexe – Résultats de notre étude (MOS SF 36)

Présentations des outcomes : SF36

variable	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	p25	p50 (médiane)	p75	Maximum	p (wilcoxon sign rank test)
Fonctionnement physique (PF)									
Avant programme	20	79.0	19.0	40.0	65.0	87.5	92.5	100.0	0.3006
Après programme	20	80.8	21.6	35.0	70.0	92.5	95.0	100.0	
Différence avant/après	20	1.8	19.1	-60.0	-5.0	5.0	10.0	40.0	
Rôle physique (RP)									
Avant programme	20	37.5	38.5	0.0	0.0	25.0	62.5	100.0	0.0024*
Après programme	20	63.8	30.9	0.0	50.0	75.0	87.5	100.0	
Différence avant/après	20	26.3	32.9	-50.0	0.0	25.0	50.0	75.0	
Rôle émotionnel (RE)									
Avant programme	20	36.7	41.7	0.0	0.0	33.3	83.3	100.0	0.0214*
Après programme	20	61.7	42.3	0.0	16.7	66.7	100.0	100.0	
Différence avant/après	20	25.0	45.7	-100.0	0.0	33.3	66.7	100.0	
Douleur physique (BP)									
Avant programme	20	50.7	20.8	22.0	31.5	56.0	64.0	84.0	0.0116*
Après programme	20	65.0	28.7	12.0	41.0	72.0	92.0	100.0	
Différence avant/après	20	14.3	24.9	-52.0	0.5	16.0	33.0	59.0	
Santé mentale (MH)									
Avant programme	20	43.0	17.8	20.0	32.0	42.0	56.0	76.0	0.0033*
Après programme	20	63.2	15.8	36.0	50.0	62.0	74.0	96.0	
Différence avant/après	20	20.2	23.4	-32.0	10.0	20.0	36.0	56.0	
Vitalité (VT)									
Avant programme	20	44.0	11.2	25.0	37.5	45.0	50.0	65.0	0.0067*
Après programme	20	52.8	13.8	30.0	40.0	50.0	60.0	85.0	
Différence avant/après	20	8.8	13.0	-10.0	0.0	10.0	15.0	45.0	
Vie et relation avec les autres (SF)									
Avant programme	20	44.4	25.8	0.0	25.0	50.0	50.0	100.0	0.0462*
Après programme	20	64.4	25.1	0.0	50.0	62.5	87.5	100.0	
Différence avant/après	20	20.0	38.6	-50.0	0.0	31.3	50.0	75.0	
Santé générale (GH)									
Avant programme	20	51.4	19.4	20.0	30.0	58.5	66.0	77.0	0.0084*
Après programme	20	63.7	20.2	20.0	44.5	67.0	82.0	92.0	
Différence avant/après	20	12.3	21.6	-47.0	7.0	10.0	23.5	57.0	
Résumé Physique (PCS)									
Avant programme	20	44.9	8.2	30.3	39.0	45.6	51.9	56.7	0.0169*
Après programme	20	47.5	9.7	26.7	38.8	49.8	55.5	62.5	
Différence avant/après	20	2.6	7.0	-20.0	0.3	2.6	6.8	14.8	
Résumé Psychique (MCS)									
Avant programme	20	32.2	9.4	18.8	25.2	31.1	38.5	53.2	0.0036*
Après programme	20	42.6	10.0	26.3	33.7	44.7	49.2	58.8	
Différence avant/après	20	10.3	12.6	-15.4	2.7	13.0	19.2	33.6	

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



Références bibliographiques

1. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining Patient Complexity From the Primary Care Physician's Perspective: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 20 déc 2011;155(12):797.
2. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires. Haute Autorité de Santé. (2014).
3. Thèse en médecine du Dr Tanquerel Caroline : Coordination des situations complexes dans le Bessin et le Pré-Bocage URML Normandie - Faculté de Caen, 2015.
4. Daniel Widmer, Lilli Herzig, Thomas Bischoff : Complexité, médecine générale et réformes des systèmes de santé *Rev Med Suisse* 2011; Volume 7. 1883-1887
5. Mousquès J. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. (IRDES 2014).
6. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ.* 2 mai 1998;316(7141):1348-51.
7. Hickam DH, Weiss JW, Guise J-M, Buckley D, Motu'apuaka M, Graham E, et al. *Outpatient Case Management for Adults With Medical Illness and Complex Care Needs.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013
8. Plan personnalisé de coordination en santé. Haute Autorité de Santé. (2019)
9. Pr. Pierre B Louis Druais : La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport remis à Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2015).
10. Article du Réseau Belge RMLB <http://www.rmlb.be/fr-> Gestion de la complexité : Face à la complexité des soins, adaptation du cadre stratégique du rmlb (Support Internet 2018)

11. Article du Réseau Belge RMLB <http://www.rmlb.be/fr-> Gestion de la complexité : Information sur les trajets de soins et systèmes de prise en charge de patients atteints de maladie chronique (Support Internet 2018)
12. Reach G. La médecine, un art de la complexité. Bull Académie Natl Médecine. 1 janv 2018;202(1):241-53.
13. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority - N Engl J Med. 2016 Sep 8;375(10):909-11
14. Anbreen Slama-Chaudhry, Jean-Michel Gaspoz, Philippe Schaller, Marc-André Raetzo. Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente. Rev Med Suisse 2008; volume 4. 2040-2043
15. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Haute Autorité de Santé. (2015).
16. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Haute Autorité de Santé. (2007).
17. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Haute Autorité de Santé. (2015)
18. Diagnostic de santé partagé. ARS Océan Indien. (2018).
19. Crozet C, Boudraï-Mihoubi N, Alphonse M, Frété F, d'Ivernois J-F. Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Educ Thérapeutique Patient - The Patient Educ. juin 2017;9(1):10107.
20. Article du Réseau Belge RMLB <http://www.rmlb.be/fr-> Le médecin généraliste face à la complexité polypathologie (Support Internet 2018)
21. Guide méthodologique DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » Fédération Addiction. 2012
22. D Jodelet. Culture et pratiques de santé - Nouvelle revue de psychosociologie, 2006 - cairn.info

23. Buthion V, Godé C. Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ? *J Gest Econ Medicales*. 2014;Vol. 32(7):501-19.
24. Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Haute Autorité de Santé 2015. (Site Internet)
25. Ans Bouman, corresponding author Erik van Rossum, Patricia Nelemans, Gertrudis IJM Kempen, and Paul Knipschild : Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 74.
26. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 27 févr 2002;287(8):1022-8.
27. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2008;63(3):298-307.
28. Forin CJ-H. Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion. Site de publication des thèses DUMAS, année 2014, numéro 01096492.
29. Id H. Représentations de la visite à domicile à La Réunion et facteurs d'influence : étude qualitative auprès de 12 jeunes médecins généralistes. Site de publication des thèses DUMAS, année 2017 numéro 01665537.
30. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):323.
31. Chantal Zaouche Gaudron et Paule Sanchou Dans *Empan* : Introduction sur la précarité | Cairn.info - Introduction 2005/4 (no 60), pages 10 à 13.
32. Colloc sous la direction de Serge Briançon, Geneviève Guérin et Brigitte Sandrin-Berthon - Les maladies chroniques - Actualité et dossier en santé publique n° 72 (adsp) – (2010).

33. Observatoire des inégalités - Riches et pauvres, inégaux devant la mort. (2018)
34. Colloc sous la direction Marie-Hélène Amiel, Pascal Godefroy et Stéfan Lollivier : Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair - Insee Première N° 1428 Paru le : 08/01/2013
35. Weiss KB. Managing Complexity in Chronic Care: An overview of the VA State-of-the-Art (SOTA) Conference. J Gen Intern Med. 1 déc 2007;22(3):374-8.
36. Khosravi BM. Les enjeux de la coordination autour du parcours de santé complexe de la personne âgée : la Plateforme Territoriale d'Appui peut-elle faciliter la coopération entre les acteurs et améliorer les trajectoires de soins ? Thèse Dumas-01959212 , IEPG - Sciences Po Grenoble - Institut d'études politiques de Grenoble (2017)
37. Séminaire sous la direction de Henri Bergeron & Anne Moyal : Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? | Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po 2019 ; en collaboration avec la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), le Centre de Sociologie des Organisations (CSO Sciences Po-CNRS) et le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) de Sciences Po
38. L'ARS OI adopte le Projet de Santé 2018-2028 pour La Réunion et pour Mayotte | Agence régionale de santé Océan Indien. (2018)
39. Brunn M, Chevreur K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. Santé Publique. 2013;25(1):87.
40. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. Haute Autorité de Santé. (2012).
41. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Haute Autorité de Santé. (2015).
42. Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé - Trame type projet de santé pour les MSP - fmpmps.fr La Revue des Equipes de Soins Primaires, lancée par la FFMPS, pour les Equipes de Soins Primaires. (2018).
43. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot J-M. Mise en place d'un

comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire: Constats, limites et perspectives. Santé Publique. 2014;26(4):433.

44. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(hs):73-7.

45. Rimetz-Pal A. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. Thèse Dumas numéro 01831248. (2018)

46. Site internet de la Femas - Equipe de soins primaires, maison de santé, CPTS : définition et législation. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. (2019).

47. Bernabei et al. - 1998 - Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community BMJ. 1998 May 2;316(7141):1348-51.

48. Leplège A. Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Editions ESTEM; 2001.

49. Anne Penneau, Damien Bricard, Zeynep Or : Communiqué de presse DT 81 : Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins - IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (2019).

50. Tracy CS, Bell SH, Nickell LA, Charles J, Upshur RE. : The IMPACT clinic: innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. Can Fam Physician. 2013 Mar;59(3):e148-55.

51. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 juin 2013;5(1):201-4.

52. Crozet C, Boudraï-Mihoubi N, Alphonse M, Frété F, d'Ivernois J-F. Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 juin 2017;9(1):10107.

53. D'Ivernois (J.F.) Deccache (C.), Albano (M.G.), Andrade (V.) D; Crozet(C.). Therapeutic

patient education for patients with multimorbidity : a recent literature review. Ther Patient Educ
Patients Multimorb Recent Lit Rev. 2014

Serment d'Hippocrate

Serment d'Hippocrate, version 2012 du conseil national de l'ordre des médecins :

«Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.»

J'ajouterai deux citations célèbres qui pour moi résume bien la médecine :

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile »

Hippocrate

« La médecine est un art, et cet art essaie de devenir une science, mais en y introduisant la qualité de vie cela devient du grand art » P. Godard

Et un extrait du rapport du Professeur Pierre Druais de 2015, adressé à notre ancienne ministre de la santé Mme Marisol Touraine, et reprenant les dimensions de la complexité, appliquées à la médecine générale :

« [la médecine générale] est une discipline scientifique centrée sur la personne, pour la pratique comme pour la recherche. Trois dimensions spécifiques sont fondamentales :

- *La dimension scientifique : l'approche critique basée sur l'analyse des données issues de la*

recherche et l'élaboration des connaissances et procédures validées dans ce champ. Le maintien des connaissances visant une amélioration de la qualité des soins.

- *La dimension comportementale : les compétences et performances professionnelles du médecin, ses valeurs, son éthique.*
- *La dimension contextuelle et culturelle : le contexte de la personne et du médecin, de la famille, de la communauté, du système de soins.*

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques et leur mise en œuvre dans la durée caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialité. »

Résumé

Résumé en Français

Prise en charge coordonnée de la complexité en soins primaires et qualité de vie perçue : Evaluation quantitative du protocole proposé par l'équipe pluriprofessionnelle SENS au sein d'une maison de santé pluriprofessionnel (MSP) à La Réunion.

Introduction : La complexité, définie selon les critères de la sécurité sociale (« accord conventionnel interprofessionnel »), est un enjeu de santé publique. La prévalence est estimée à ¼ des patients de soins primaires, représentant jusqu'à 80 % des coûts du système de santé. Depuis 2017, l'équipe de la maison de santé pluriprofessionnel (MSP) SENS à La Réunion met en œuvre son protocole de coordination cas complexe (CCC), très proche du plan personnalisé de coordination de santé de la HAS 2019, avec un parcours de soins coordonnés par un case manager. Le protocole CCC permet-il une amélioration de la qualité de vie perçue de ces patients après la prise en charge ?

Méthode : Etude prospective, quantitative, monocentrique. Les patients inclus étaient majeurs, issus de la patientèle de la MSP, en situation complexe. La qualité de vie a été mesurée par l'auto questionnaire MOS SF 36 lors de l'inclusion puis à 3 mois de la prise en charge. Les résultats s'exprimaient sous forme de scores résumés globaux, physique (PCS) et mentaux (MCS). Un test des rangs signés de Wilcoxon a été appliqué.

Résultats : 20 patients ont été inclus sur une période de 9 mois. L'échantillon était composé de 18 femmes et 2 hommes, de 17 à 72 ans, 40 % avec un travail, 15 % en situation précaire, 40 % polyopathologique. Le profil majoritaire de la complexité était psychologique. L'étude montre une amélioration significative des scores physique (PCS) ($p < 0.0169$) et mental (MOS) ($p < 0.0036$) de la MOS SF 36 après 3 mois de prise en charge.

Conclusion : Le protocole CCC a montré son intérêt pour la prise en charge des situations complexes en soins primaires pour l'équipe SENS.

Mots clés HeTop : Analyse de systèmes (Complexité). Soins de santé primaires. Maison de santé. Santé holistique (Prise en charge globale). Equipe soignante (Equipe pluriprofessionnelles). Programme clinique (parcours de soins du patient). Relations interprofessionnelles (Coordination). Responsable de cas (fonctions d'appui). Qualité de vie.

Abstract in English

Treatment for patients with complex health care needs and quality of life : Evaluation of protocol created by interprofessional primary care team in a community health center at La Réunion in France.

Introduction : Complex health care needs are a major public health problem. The prevalence estimated is about 25 % of patients in primary care, account for about 80 % of global health care spending. Complexity is defined by the French Social Security Fund (“Accord conventionnel interprofessionnel”).

During the year 2017, the care team of the community health center SENS at La Réunion, in France, has developed a protocol to treat patients with complex health care needs, which included a clinical pathway drive by a case manager. Does this protocol improve patients’ quality of life ?

Method : We designed a monocentric, prospective and quantitative study. Patients included were complex health care patients who were aged ≥ 18 years examined in our centre over the course of 9 months. Quality of life was measured by Medical Outcomes Study short scale (MOS SF 36), at the beginning of treatment and after 3 months. Results expected were physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). Study used a Wilcoxon signed-rank test.

Results : From a total of 20 patients included 100 % of them replied to the survey. Sample was composed of 18 femals and 2 men, aged between 19 and 72 years old, 40 % workers, 15 % precarious situation, 40 % multi-pathology. The principal type of complexity was psychology. Study shows an improvement significant of PCS ($p < 0.0169$) and MCS ($p < 0.0036$) of MOS SF 36 after 3 months of management by primary care team.

Conclusion : This Protocol is effective and usefull in current practice for patient care team SENS to treat complexity.

Key words MeSH : Complexity (Complex health care needs). Primary care. Integrative Medicine (Holistic health - Global care). Patient care team. Interprofessional collaboration. Case manager. Quality of life.