



HAL
open science

Appréciation de l'utilisation d'une plateforme territoriale d'appui par des médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins généralistes du territoire de santé Saint-Malo Dinan

Tiphaine Philippe

► To cite this version:

Tiphaine Philippe. Appréciation de l'utilisation d'une plateforme territoriale d'appui par des médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins généralistes du territoire de santé Saint-Malo Dinan. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02563378

HAL Id: dumas-02563378

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02563378v1>

Submitted on 10 May 2021

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.

N° d'ordre :



ANNÉE 2019

UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Tiphaine Philippe

Née le 4 avril 1991 à La Seyne sur Mer

**Appréciation de
l'utilisation d'une
plateforme territoriale
d'appui par des
médecins
généralistes.**

***Étude qualitative auprès de
médecins généralistes du
territoire de santé Saint-
Malo Dinan.***

**Thèse soutenue à Rennes
le 17/10/2019**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

Professeur - CHU de Rennes / *Président de jury*

Dominique SOMME

Professeur - CHU de Rennes / *examineur*

Anthony CHAPRON

Docteur – MCU faculté Rennes 1 – médecin
généraliste Quevert / *examineur*

Tanneguy PIALOUX

Docteur - Directeur médical d'Appui Santé Rance
Émeraude / *directeur de thèse*

Christelle ROUTELOUS

Docteur - Enseignant-Chercheur à l'EHESP / *co-
directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	Prénom	Titre	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; embryologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; Embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Émérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Émérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Émérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie

ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH Consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Émérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

MALLEDANT	Yannick	Pr Émérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Éric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Émérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Épistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie, addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatre ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstruction et esthétique ; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES

NOM	Prénom	Titre	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et Mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention

GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologies pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Patrick JEGO, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Au Professeur Dominique SOMME, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour votre enseignement.

Au Docteur Anthony CHAPRON, je vous remercie d'avoir accepté d'examiner ce travail.

Au Docteur Christelle ROUTELOUS, je vous remercie pour toute l'aide apportée au cours de ce travail. Vous m'avez ouverte à une discipline qui m'était inconnue, votre enseignement a été d'une grande richesse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

Au Docteur Tanneguy PIALOUX, je te remercie pour ton accueil et ton soutien.

A Madame Laurence JAMMES-VEAUX et Madame Marine CHAUVET, merci de m'avoir reçue pour la première partie de ce travail.

A Élisabeth L., merci pour ta disponibilité et ton aide.

Aux médecins généralistes et spécialistes qui ont accepté de me recevoir et de participer aux entretiens.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille. Maman je n'oublierais jamais la façon dont tu m'as épaulée, en particulier lors de ma première année. Papa, tu es pour moi un modèle de persévérance, tu m'as appris qu'il fallait se battre pour atteindre ses objectifs. Merci.

A mon grand frère Sébastien, tu m'as « montré l'exemple », tu m'as toujours soutenue et m'as poussé à aller plus loin. Merci pour ta présence malgré la distance.

A Lucie, musicienne, acrobate chocovore et médecin en herbe, tu me donnes confiance en l'avenir.

A mes grands-parents et ma famille, merci pour nos moments passés ensemble. Vous avoir à mes côtés m'a permis d'avancer.

A Lara, pour m'avoir soufflé l'idée de débiter ces études et pour tous les moments que nous avons vécu ensemble, et ceux à venir.

A mes tâtas : Sofia, Charlotte, Hanna, Marie, Chloé, Marion, Thomas et Clémence, sans vous ces six premières années d'étude n'auraient pas été les mêmes. A Thomas et Charlotte, merci d'avoir supporté mes moments de stress au cours de la rédaction de cette thèse.

A Iris, pour ton amitié, ton soutien et toutes nos longues conversations lors de nos « jus de pomme » parisiens.

A Marie, co-galérienne de PCEM1. Nos sessions musicales ont été salvatrices.

A mes colocataires d'hier et d'aujourd'hui, amis et co-internes : Nolwenn, Marie, Myriam, Jean-Baptiste et Isabelle. Merci pour votre soutien dans les moments de galère, pour nos fous-rires, pour nos barbecues plus ou moins réussis et nos discussions plus ou moins profondes. Et ce n'est pas fini. A Baptiste, sans qui cette thèse n'aurait pas été correctement paginée !

Aux Malouins : Charlotte, Marion, Doriane, Marie et tous les autres, pour ce semestre mémorable.

Aux seniors qui m'ont formé, en particulier Lucie, Pierre et Hervé, merci pour votre compagnonnage.

Aux Broonais, j'ai hâte de poursuivre l'aventure avec vous.

A tous les professionnels de santé et patients qui ont fait évoluer ma pratique.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
INTRODUCTION.....	10
MATERIEL ET METHODE	13
I. Type d'étude.....	13
II. Population de l'étude : échantillon et recrutement	13
III. Collecte des données	15
IV. Analyse des données	15
RESULTATS	15
I. Le profil de « patient complexe » est bien compris.....	16
1. Des patients âgés mais aussi des patients jeunes.....	16
2. Des habitudes d'utilisation antérieures.....	17
3. Créer de nouvelles habitudes ou représentations	18
II. Une utilisation variée des différentes missions de la PTA	18
1. Une mission 1 moins mobilisée	19
2. Une mission 2 au cœur de l'activité de la PTA.....	21
3. Une mission 3 redondante ou trop éloignée des centres de préoccupation des médecins .	25
III. Une utilisation motivée par l'émergence de missions non prévues dans le cahier des charges de la PTA	30
1. Accompagner, soutenir, rompre la solitude dans un contexte d'incertitude	31
2. Un rôle de médiation pour faire advenir la meilleure des solutions	32
3. L'apport d'une expérience formative sur les champs non médicaux	33
IV. De multiples facteurs expliquant l'appropriation de la PTA par les médecins ...	34
1. Une connaissance préalable de l'équipe et du mode de fonctionnement d'Appui Santé.....	34
2. Réunions d'information et implication des médecins dans le développement de la PTA	35
V. Des facteurs expliquant une réutilisation du dispositif.....	36
1. Un interlocuteur unique	36
2. Un gain de temps.....	37
3. Une équipe appréciée pour ses qualités relationnelles et sa motivation.....	38
VI. La PTA a su pallier aux écueils soulignés par les médecins dans leur utilisation d'autres dispositifs de coordination.....	39
1. Un médecin toujours informé par téléphone et via les PPS	39
2. Une plateforme facilement accessible.....	40
3. Des délais de prise en charge courts	40
VII. Des freins à son utilisation permettant d'envisager des pistes d'amélioration..	41
1. Manque de connaissance du dispositif par les médecins.....	41
2. Un refus des patients en attente d'une dégradation de la situation	41
DISCUSSION	42
I. Les forces et limites de l'étude.....	42
II. Principaux résultats et comparaisons aux études antérieures.....	43
1. Réponses aux attentes des médecins généralistes.....	43
2. Une forme de collaboration vécue comme un soutien.....	44
3. Facteurs d'acceptation du dispositif	45
4. Coordination	45
5. La nécessité d'un système d'information efficient	46

6. Expériences étrangères.....	46
7. La PTA va au-delà des missions demandées.....	47
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
GLOSSAIRE.....	51
ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	52

INTRODUCTION

Les plateformes territoriales d'appui sont de nouveaux dispositifs de coordination mis au service des professionnels de santé en soins primaires. Leur rôle est de les appuyer dans la prise en charge des patients en situation complexe.

Dans le système de santé Français le médecin généraliste de premier recours a une mission de coordination. Il est ainsi inscrit dans la loi qu'il doit « orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soin médical et médico-social » et « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » [1].

Une quarantaine de définitions de la coordination des soins ont été recensées par une revue systématique de la littérature [2], sur lesquelles les auteurs se sont basés pour établir leur propre définition de la coordination des soins, traduite dans un rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) : « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins » [3].

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), quant à elle, définit la coordination des soins comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi [4]. Ainsi la notion de complexité est mise en avant, notion pour laquelle on retrouve plusieurs définitions.

Au cours de leur exercice professionnel les médecins généralistes peuvent être confrontés à des situations particulièrement complexes. Une situation est dite complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux [5].

La HAS définit quant à elle une situation complexe comme « une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé » [3]. Ce niveau de complexité est responsable d'hospitalisations non programmées et de ruptures dans le parcours de soins.

Dans ces situations dites « complexes » les fonctions d'appui, pouvant être définies comme l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours, ne peuvent pas être effectuées directement par les professionnels de soins de santé primaire [3]. Soit parce qu'elles nécessitent la mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial soit parce qu'ils n'ont pas la disponibilité ou les compétences pour les réaliser. L'intervention d'un *case manager* devient alors nécessaire pour assurer, en complément du médecin traitant, la coordination et le suivi du patient [3].

L'action conjointe d'un médecin traitant et d'un *case manager* a ainsi montré son efficacité sur la diminution du nombre d'hospitalisation non programmées. Soulignant l'importance d'une coordination entre soins primaires et secondaires [6].

Ces *case-manager* agissent au sein de divers dispositifs de coordination mis à la disposition des patients et des acteurs de santé en soins primaire.

Depuis une dizaine d'années plusieurs dispositifs ont été mis en place afin d'assurer une fonction d'appui à la coordination. Les réseaux de santé, qui sont inscrits dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [7], ainsi que d'autres structures telles que les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie, pour les personnes âgées de plus de 60ans), les CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination, pour les personnes âgées) et les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées, pour les personnes en situation de handicap).

Le modèle des MAIA est basé sur le modèle « Projet et Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie » (PRISMA) expérimenté au Québec [8] puis en France. Celui-ci repose sur l'implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas, le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, un plan de service individualisé ainsi qu'un système de partage d'information [9].

Cependant un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2014 met en lumière trois défauts des dispositifs de coordination existants [10] : premièrement, le faible nombre de médecins traitant recevant effectivement un Plan personnalisé de santé (PPS) ou Projet de soins Informatisé (PSI), secondement, une consommation de temps trop importante pour les médecins, enfin, des dispositifs d'appui à la coordination qui contribuent à la complexité du système de santé du fait de son fractionnement.

De plus, le grand nombre de dispositifs existants rend difficile le rôle de « pivot » du médecin généraliste qui, limité par un manque de connaissance des ressources existantes, ne sait pas toujours à qui s'adresser [11] [12].

L'enjeu est alors de trouver un dispositif de coordination limitant le fractionnement du système de santé tout en répondant aux attentes des professionnels de soins primaire.

C'est pourquoi, depuis 2016, la loi spécifie que chaque Agence régionale de santé (ARS) peut constituer une ou plusieurs plateformes territoriales d'appui, sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux [13] [14].

Les missions de la PTA telles que définies dans la loi, et reformulées dans le cahier des charges des PTA de l'ARS Bretagne, sont les suivantes [15] [16] :

- Mission 1 : L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- Mission 2 : L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

- a. L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;
 - b. L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;
 - c. La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;
- Mission 3 : Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

Pour l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) les enjeux promus par les PTA sont, premièrement, d'aboutir à un dispositif d'appui lisible pour l'ensemble des acteurs des territoires, non redondant avec l'existant et en phase avec son environnement [17]. Secondairement, ils sont de passer d'une approche par filière ou par structure à une prise en charge globale du patient, centrée sur celui-ci, avec une approche en termes de missions partagées. Enfin, ils sont d'être accessible à l'ensemble de la population, sans distinction d'âge, ni de pathologie [17].

Dans un rapport de 2018 la HCCAM souligne la fragmentation du système de santé et appelle à une rationalisation de l'offre de coordination [18]. Celle-ci passerait par différents niveaux de coordinations :

- Les équipes de soins primaires dans la coordination autour du patient en routine
- Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la coordination de la réponse aux besoins de la population d'un territoire
- Les PTA pour répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux des patients très complexes.

Ainsi plusieurs plateformes territoriales d'appui ont vu le jour sur le territoire français, se développant soit à partir d'organisations déjà existantes sur le territoire, soit, plus rarement, ex-nihilo sur initiative de professionnels de santé.

Pour répondre à cette mission sur le territoire de santé n°6 l'association Appui Santé Rance Émeraude a été créée. Elle résulte de la fusion de deux réseaux de santé, le premier gériatrique, Geront'Émeraude installé sur le territoire de Saint-Malo, le second oncologique, Onco6 installé sur le territoire de santé n°6. L'activité de cette PTA a débuté le 1^{er} janvier 2018 [19].

Appui Santé Rance Émeraude est une association à la direction bicéphale avec, d'une part, une manager, Mme JAMMES-VEAUX, d'abord infirmière à l'hôpital de Saint-Malo puis infirmière coordinatrice au sein du réseau de santé Geront'Émeraude ; et d'autre part un directeur médical, le Dr PIALOUX, gériatre de formation et ancien directeur du réseau Geront'Émeraude. Leur passé de

travail en collaboration avec les médecins généralistes, et ainsi la connaissance des besoins de ceux-ci, semble influencer leur relation avec eux.

Au cours de sa première année d'existence, en 2018, ce sont 53 médecins généralistes sur les 254 installés sur le territoire de santé n°6, soit 20,9%, qui ont fait appel à la plateforme [20][21]. Au total 168 sollicitations sur les 931 reçues en 2018 proviennent des médecins généralistes [21]. Pour comparaison, au 31 décembre 2016 Geront'Émeraude comptait 94 médecins généralistes adhérents et intervenant dans au moins un PPS, et Onco6 88 [22][23]. Cependant ces données correspondent à des chiffres cumulés, ne reflétant pas l'activité sur une seule année.

Au total la file active de Geront'Émeraude était de 304 patients en 2017 contre 511 patients pour Appui Santé. La file active d'Onco 6 comprenait 2089 patients mais cela correspondait au nombre de passages en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), seuls 20 patients faisaient l'objet d'un PPS [21][22][23].

La PTA voit donc sa file active augmenter avec un territoire à couvrir plus important que les réseaux dont elle est issue, le territoire de Dinan venant s'ajouter à celui de Saint-Malo. L'enjeu est ainsi l'appropriation de ce nouvel outil par les médecins généralistes du territoire de santé n°6.

L'objectif de cette étude est l'évaluation qualitative de l'usage de ce nouvel outil de soins primaires par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor y ayant eu recours, après une année d'activité, afin de savoir s'il répond à leurs attentes. Les objectifs secondaires sont de comprendre si la création de la PTA Appui Santé Rance Émeraude à partir des réseaux de santé Onco6 et Geront'Émeraude a modifié les pratiques de ses utilisateurs, et de proposer des pistes d'ajustement des services de cette PTA.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, par réalisation d'entretiens semi-directifs individuels. Cette méthode paraissait la plus appropriée pour mettre en relief les différentes dimensions de l'expérience vécue par les utilisateurs de la plateforme.

II. Population de l'étude : échantillon et recrutement

La population cible était les médecins utilisateurs de la plateforme territoriale d'appui Appui Santé Rance Émeraude, PTA du territoire de santé n°6. L'objectif était d'avoir un corpus diversifié en interrogeant des médecins anciens utilisateurs des deux réseaux à l'origine de la PTA, ainsi que de nouveaux utilisateurs. Mais aussi en interrogeant des médecins exerçant sur des secteurs différents, de Saint-Malo et Dinan, en milieu rural et en milieu urbain.

L'échantillon est composé d'un panel de quatorze médecins généralistes (MG) exerçant en cabinet libéral et de deux médecins spécialistes (MS) exerçant en structure hospitalière publique. Il comprend

onze hommes et cinq femmes, âgés de 32 ans à 57 ans. Huit exercent dans le département des Côtes d'Armor et huit exercent en Ile-et-Vilaine. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

	Sexe et Âge	Date installation	Seul/groupe Rural/Urban	Usage PTA	Usage Antérieur des réseaux	Associés	Actes par jour et nombre de jours de travail hebdomadaire	Durée de l'entretien
MG1	H 57ans	1993	Groupe Urbain 35	Mission 2	2	MG9	30 ; 4,5j et 1 samedi/3	48 :38
MG2	F 35ans	2015	Groupe Rural 22	Mission 2	0		30-35 ; 4j	36 :16
MG3	H 32ans	2016	Groupe Urbain 35	Mission 2	0		25-30 ; 4j et 1 samedi/3	32 :12
MG4	H 32ans	2016	Groupe Urbain 22	Mission 2	0	MG7 MG12	25 ; 4j	54 :00
MG5	H 36ans	2015	Groupe Semi-rural 35	Mission 1	0		25-30 ; 4j et un samedi/2	55 :14
MG6	H 36ans	2015	Groupe Rural 22	Rappelé	0		25-30 ; 4j et 1samedi/3	38 :22
MG7	F 34ans	2016	Groupe Urbain 22	Mission 2	0	MG4 MG12	25 ; 4j et 1samedi/3	37 :57
MG8	F 54ans	2001	Seule Rural 22	Mission 2	1		9 ; 4,5j	35 :21
MG9	H 47ans	2004	Groupe Urbain 35	Mission 1 et 2	2	MG1	30 ; 5j	49 :42
MG10	H 47ans	1997	Groupe Semi-Urbain 35	Mission 2	2		25 ; 4,5j	1 :44 :41
MG11	H 47ans	2014	Groupe Semi-Urbain 22	Mission 2	0		20-25 4,5j	29 :14
MG12	F 31ans	2012	Groupe Urbain 22	Mission 1	0	MG4 MG7	20-25 ; 4j + 1samedi/3	36 :10
MG13	H 43ans	2008	Groupe Urbain 35	Mission 1 et 2	2		30-35 ; 4j	47 :43
MG14	F 57ans	1992	Groupe Urbain 35	Mission 2	2		22 ; 4j + 1samedi/2	28 :31
MS1	H 40-50ans	2001	Hospitalier CH 22	Mission 2	2		/ ; 5j	34 :16
MS2	H 46ans	2004	Hospitalier CH 35	Mission 2	1		/ ; 5j	23 :40

Usage antérieur des réseaux : 0 aucun, 1 Onco6 ou Geront'Emeraude, 2 Onco6 et Geront'Emeraude

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés et durée des entretiens

Appui Santé Rance Émeraude a fourni la liste et les coordonnées des médecins généralistes l'ayant sollicité au cours de l'année 2018.

Les participants ont d'abord été recrutés par mail puis, devant le faible nombre de réponses, ont été relancés par téléphone.

Seize entretiens ont été réalisés, quatorze auprès de médecins généralistes et deux auprès de médecins spécialisés en onco-pneumologie. Leur durée allait de 23 à 104 minutes avec une moyenne de 43 minutes.

Les médecins généralistes recevaient une indemnisation équivalente à la valeur de quatre consultations de médecine générale pour leur participation. Cette indemnisation leur était versée par Appui Santé Rance Émeraude, comme il est d'usage lors de la participation des médecins à un groupe de travail ou une réunion de coordination organisée par cette PTA.

Pour enrichir la compréhension de l'utilisation de la PTA il a été décidé de réaliser deux entretiens avec des médecins hospitaliers utilisant régulièrement la PTA.

Le nombre d'entretiens n'était pas fixé au préalable et a été conduit jusqu'à saturation des données.

III. Collecte des données

Un travail préliminaire d'analyse bibliographique ainsi que des entretiens exploratoires auprès d'experts du sujet a permis la réalisation du guide d'entretien.

Ces experts étaient :

- La directrice adjointe de l'ARS Bretagne en charge de l'offre ambulatoire
- La Manager de l'équipe d'Appui Santé Rance Émeraude
- Un médecin siégeant au comité de pilotage d'Appui Santé Rance Émeraude

Ce guide a été modifié à l'issue des trois premiers entretiens avec des médecins généralistes. Il a été également adapté pour deux entretiens ayant été effectués auprès de médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalier. Le guide d'entretien est disponible en annexe 1.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés, après accord des participants, puis entièrement retranscrits sous la forme de verbatim. Tous les verbatim ont fait l'objet d'un double-codage indépendant réalisé par une chercheuse en sciences sociales et une interne en médecine afin d'identifier les thématiques émergentes et leurs liens [24]. Une grille d'analyse a été construite pour servir de base à l'analyse du corpus. La fréquence des thèmes abordés en entretien, les divergences et les convergences entre les différents participants et les associations de thèmes ont été étudiés.

RESULTATS

Les entretiens réalisés au cours de notre étude ont permis de recueillir l'appréciation des médecins généralistes quant à leurs premières expériences d'utilisation d'Appui Santé Rance Émeraude.

I. Le profil de « patient complexe » est bien compris

Le terme de « patient complexe », malgré les différentes définitions existantes, semble avoir été compris par les médecins généralistes qui ne limitent pas leurs sollicitations au profil de patient âgé.

1. Des patients âgés mais aussi des patients jeunes

Le rôle de la PTA est d'apporter un soutien aux professionnels de santé de premier recours dans l'organisation du parcours de soin des patients dits « complexes ». Jusqu'à maintenant les différents dispositifs d'aide à la coordination étaient mis en place chacun pour des profils de patients bien précis avec des critères d'inclusion définis. Ce n'est pas le cas de la PTA qui se doit d'accepter tous les « patients complexes » indépendamment de leur âge ou de leur pathologie.

Cette ouverture à tous types de profils complexes a bien été comprise par les médecins généralistes qui l'utilisent aussi bien pour des patients jeunes atteints de pathologies lourdes que pour des patients plus âgés en perte d'autonomie. Ces patients ont en commun l'imbrication de problèmes médico-sociaux plus ou moins associés à une perte d'autonomie et un isolement.

C'est le cas de MG4 qui a fait appel à la PTA pour un adolescent de 15 ans arrivé d'Australie avec sa famille. Celui-ci présentait une maladie congénitale rare mais ne bénéficiait d'aucune prise en charge sur le territoire Français. S'ajoutait à cette situation une difficulté de communication du fait d'une barrière de la langue :

« Un patient de 15 ans qui vient avec ses parents d'Australie, qui est atteint du syndrome de Charge, que je ne connaissais pas. (...) Et ils venaient d'Australie, comme ça ! Sans savoir parler français, changer de pays et ils voulaient s'installer dans le centre de Dinan pour monter une boutique. Seulement, l'enfant qui était suivi là-bas par des médecins qui connaissaient la pathologie, ils arrivent ici sans trop savoir où aller... et donc là j'étais un peu embêté, je ne parlais pas anglais. » MG4

Les thèmes de la dépendance ou du défaut d'entourage sont très présents dans les requêtes avec la plupart du temps des pathologies neurologiques ou psychiatriques. MG7 a ainsi fait appel à la PTA pour un patient présentant une pathologie neurologique lourde ayant perdu son principal aidant :

« Mr XXX qui a 47 ans, qui a un syndrome de Korsakoff... donc qui a un traitement psy qui est plutôt bien équilibré, qui a perdu sa maman en fin d'année. Qui (...) était sa tutrice, donc qui était un peu son repère et qui l'aidait beaucoup. Avec des difficultés quand même puisque Mr XXX est dénutri (...) il vit dans un appartement, seul, où ben du coup il y a de l'insalubrité parce qu'il oublie de se laver, il y a de la dénutrition parce qu'il oublie de manger. Il est un peu agressif avec les intervenants parce qu'il ne comprend pas pourquoi ils viennent » MG7

Ainsi les requêtes ne se font pas uniquement pour des personnes âgées même si ce profil reste le plus fréquent et le plus ancré dans les habitudes de travail des médecins.

2. Des habitudes d'utilisation antérieures

Les habitudes d'utilisation antérieures des médecins, via les anciens réseaux, pour les patients gériatriques et oncologiques semblent influencer l'usage qu'ils font de la PTA, et ceci qu'ils soient anciens ou nouveaux utilisateurs.

a. Des profils anciennement gériatriques et oncologiques

La PTA résulte de la fusion d'un réseau oncologique (Onco6) et d'un réseau gériatrique (Geront'Émeraude), c'est pourquoi plusieurs des médecins y ayant eu recours sont d'anciens utilisateurs de ces réseaux :

« C'est comme ça que j'ai rencontré d'abord Geront'Émeraude et ensuite l'évolution. Comme j'avais déjà pris l'habitude de travailler avec eux c'est logiquement qu'Appui Santé s'est présenté » MG9

Même si plusieurs d'entre eux ont fait appel à la PTA pour de nouveaux profils de patients, la plupart continue de ne la solliciter que pour des patients gériatriques ou oncologiques. En effet le recours à ces réseaux est ancrée dans leurs habitudes de travail et c'est la rencontre de cas « habituels » qui déclenche chez eux un réflexe d'utilisation. Cependant ce phénomène est également rencontré parmi les nouveaux utilisateurs qui ne pensent pas non plus à la solliciter pour des patients non gériatriques, comme l'exprime MG3 :

« (...) pour un patient d'une soixantaine d'année, j'étais en difficulté parce qu'il n'avait plus de soins infirmiers. (...) donc j'étais un peu en difficulté, j'avais appelé d'autres structures, j'aurais pu les contacter à ce moment-là mais ça ne m'est pas venu à l'idée parce qu'il n'avait « que 61-62 ans » (...). C'est marrant. » MG3

Les deux médecins spécialistes quant à eux n'ont pas modifié leurs habitudes du fait de profils définis de par leur spécialité en oncologie.

Cette représentation de la PTA que se font les médecins est donc portée par les réseaux dont elle résulte puisque les intervenants restent les mêmes. Se pose également la question de la vision qu'ont les médecins de la notion de complexité. Celle-ci pourrait être influencée par la mise en avant depuis plusieurs années de la problématique gériatrique. Ainsi on fait l'hypothèse qu'ils n'appréhenderaient pas la complexité dans des cas sortant du domaine de la gériatrie.

b. Un médecin coordonnateur gériatre

La spécialité initiale du médecin coordonnateur de la PTA est la gériatrie. Cette spécialité est connue des utilisateurs ce qui est à l'origine d'à priori sur le type de public pris en charge par Appui Santé. Ainsi MG2 ne pense pas à faire appel à la PTA pour d'autres profils de patients car pour elle c'est un gériatre qui en est le directeur :

« Pour moi le médecin qui s'occupe de la plateforme il est gériatre. [rire]. Enfin je me trompe peut-être mais pour moi il est gériatre donc ça ne va être que les personnes âgées. Ça ne va pas être les jeunes et puis parce que dans tout ce que... enfin après c'est un a priori que j'ai,

prise en charge en réseaux c'est que... enfin, c'est souvent pour les personnes âgées et rarement pour les jeunes. » MG2

Ces représentations doivent donc être déconstruites afin d'ouvrir les utilisateurs à d'autres habitudes de travail.

3. Créer de nouvelles habitudes ou représentations

Certains médecins restreignent donc encore trop souvent l'utilisation de la plateforme aux simples cas de gériatrie. Il serait intéressant d'envisager l'organisation de réunions au cours desquelles les utilisateurs feraient des retours d'expériences. De tels moments d'échanges permettraient d'illustrer par des exemples concrets les possibilités d'utilisation de la PTA, comme cela est demandé par certains médecins interrogés.

C'est d'ailleurs du fait de notre entretien que MG2 s'est posée la question de savoir à quelles autres de ses problématiques pourrait répondre la PTA :

« Le fait de votre venue aujourd'hui je pense que je vais réfléchir sur d'autres problématiques et pourquoi pas échanger avec d'autres médecins qui l'utilisent plus régulièrement pour savoir dans quels cas ils font appel à cette plateforme. Peut-être qu'il y a des soucis que j'ai actuellement avec certains patients et je ne pense pas que la plateforme puisse m'aider, alors qu'en échangeant avec d'autres confrères en me disant « ben si en fait ça pourrait m'aider ». Je pense que c'est des exemples, en fait, qui me manquent. Et puis ben nous rabâcher en fait qu'ils sont là. » MG2

Certains des utilisateurs, du fait de leur association en cabinet de groupe, procèdent déjà de cette façon et partagent leurs expériences :

« En discutant avec mes collègues j'ai appris qu'ils pouvaient intervenir sur tout type de personne. Même des enfants en difficulté euh... des personnes jeunes (...). Et même pour un adulte plus jeune je crois que ma collègue a dû... donc ça je ne savais pas ! C'est eux qui me l'ont appris. » MG12

La PTA, par le biais de telles rencontres, permettrait aux professionnels de santé d'appréhender la variété de la complexité. Montrant que la complexité ne se limite pas au domaine de la gériatrie, et ainsi élargirait le champ des demandes des professionnels de santé. Ces rencontres feraient écho à la mission 3 en permettant une amélioration du repérage et de l'évaluation des situations complexes.

II. Une utilisation variée des différentes missions de la PTA

Il ressort des entretiens que chaque médecin généraliste s'approprie les missions de la PTA de façon différente, en fonction de ses besoins propres, mais aussi des représentations parfois erronées qu'il se fait des missions.

1. Une mission 1 moins mobilisée

La mission 1 est moins mobilisée que la mission 2 car le besoin d'information n'est pas toujours ressenti et n'est pas compris comme un soutien dans la prise en charge des cas complexes.

a. Amalgame entre la mission d'information et celle d'orientation vers des services de soins

Les médecins interrogés utilisent peu la mission d'information des ressources existantes du territoire. Lorsque cette mission est utilisée, elle l'est pour l'obtention d'informations ciblées telle que la recherche d'un service et de l'entreprise pouvant le fournir :

« C'était un problème un petit peu d'ordre technique comme ça. C'est un patient qui est âgé, qui est cardiaque, à risque de malaise. Et ce patient malgré tout est très actif. Et il voulait pouvoir continuer ses activités quotidiennes mais en étant sécurisé malgré tout pour pouvoir prévenir quelqu'un si jamais il ne se sentait pas bien. (...) j'ai contacté la plateforme à ce sujet-là et ils m'ont répondu, rapidement, en un ou deux jours, pour... Ils ont trouvé un système de téléphone plus connecté à un bracelet. » MG5

Et ce du fait d'un besoin d'information sortant de leur champ de compétences, sans nécessairement rentrer dans le cadre d'une situation réellement complexe. Le but de ce recours étant de gagner du temps :

« Je pense que j'y aurais passé quelques heures. Appeler les entreprises pour savoir ce qu'ils proposaient... alors que là ils m'ont sorti directement la brochure avec les offres de l'entreprise » MG5

C'est donc l'obtention de l'information qui paraît complexe aux médecins et non la situation elle-même.

Ce qui ne correspond pas à la mission 1 qui est une mission d'orientation vers les ressources du territoire faisant appel à l'expertise de la PTA dans la prise en charge des cas complexes.

Il y a donc un amalgame dans la compréhension de cette première mission. Cependant ce gain d'information considéré comme complexe à obtenir rend service aux médecins, ce qui est bien un des objectifs de la PTA.

Mais cette mission est également bien utilisée dans le cadre de situations complexes. Plusieurs médecins ont ainsi bénéficié d'une orientation vers une hospitalisation de jour en gériatrie permettant ainsi de résoudre des situations complexes sans passer par la mission 2 :

« (...) c'est une personne, (...) j'en ai parlé au médecin coordinateur qui m'a dit « est-ce que tu as appelé à Dinan une unité comportementale » (...). Ça a permis de débloquer une situation. » MG1

La mission 1 est donc bien utilisée par les médecins mais aussi parfois de manière détournée.

b. Vers une utilisation détournée de la mission 1 ?

Les médecins ont accès à la PTA via un numéro unique commun à toutes les situations ou requêtes allant de la mission 1 à la mission 3.

Cependant plusieurs médecins accèdent à cette mission de conseil et d'orientation en sollicitant directement le médecin de la PTA, sans passer par ce numéro.

Ceci correspond à une utilisation détournée de la mission 1. C'est le cas de MG9 qui a appelé directement le médecin coordonnateur pour un conseil d'ordre juridique :

« (...) les patients qui sur une protection juridique étaient en situation complexe (...). Et donc j'étais un peu coincé sur comment mener les choses... euh voilà j'ai fait appel à l'expertise du Dr P. pour savoir dans quelle orientation on devait partir, à qui on devait s'adresser et dans quel sens on devait le faire. » MG9

Ainsi pour certains utilisateurs la présence d'un médecin avec qui échanger au sein de la PTA revêt une certaine importance :

« C'est plus une demande du médecin qui parle au médecin. On se comprend mieux entre médecin c'est tout. » MG1

La relation entre pairs est ainsi jugée comme un réel atout du dispositif.

Un manque de visibilité et de compréhension des différentes missions font que les médecins n'utilisent pas tout à fait la PTA telle qu'elle a été pensée pour eux. Ceci peut être influencé par les cadres de pratiques antérieurs, avec d'anciennes habitudes d'utilisation, prenant le dessus sur le nouveau cadre construit pour la PTA.

c. Un intérêt pour ce service mais préférentiellement dans le cadre de la mission 2

La mission présente un intérêt de par la facilitation de l'accès aux ressources existantes du territoire. Cependant les médecins n'appréhendent pas ce service d'information et y voient un intérêt plutôt dans le cadre de la mission 2. En effet, en l'absence de nécessité d'intervention de la PTA auprès du patient ils recherchent les informations par eux-mêmes, via leur secrétariat, ou sollicitent le patient et sa famille :

« Mais j'ai des secrétaires qui nous aident aussi énormément dans justement, soit dans le lien avec Appui Santé par exemple, puisqu'elles ont l'habitude de communiquer des éléments avec Appui Santé et puis dans l'organisation des soins pour nos patients et dans la communication avec les familles aussi. Ça ça nous fait aussi beaucoup gagner de temps. D'efficacité aussi. On ne le mentionne pas mais je pense que si on n'avait pas les secrétaires ce serait beaucoup plus compliqué. » MG9

Lorsqu'ils font appel à la mission 2 c'est également dans le but d'être orientés vers des structures auxquelles ils n'auraient pas pensé de par un manque de connaissances :

« Et donc j'ai contacté la PTA qui est intervenue assez vite et, pour des troubles de mémoire, cognitifs, et donc mise en place d'aides et choses comme ça. (...) Ils ont organisé une hospitalisation de la patiente qui était quand même très très démente. Ils ont fait une hospitalisation à Dinan, en milieu fermé, pour faire une évaluation et mise en place de traitements. Puis ça a plutôt bien fonctionné. » MG3

d. Une mission jugée trop peu complexe, consommant le temps précieux de la PTA.

La raison pour laquelle les médecins font appel à cette mission d'orientation dans le cadre de la mission 2 plutôt que de la mission 1 est qu'une simple information est jugée trop peu complexe.

Ce type de demande serait trop chronophage pour la PTA et risquerait d'impacter les aides opérationnelles. Il y a donc une distinction entre les tâches « faciles » et les tâches « difficiles » qui leur reviennent :

« Si vous avez besoin d'une chose simple ça on sait le faire quand même sans avoir forcément à faire appel à Appui Santé. Donc pour un simple conseil téléphonique non rarement. C'est vraiment pour des choses qui me paraissent plus importantes, plus lourdes, que je ne sais pas faire, qui vont être chronophages pour moi » MG1

Ainsi les médecins ne sont pas demandeurs d'une telle mission et privilégient la mission d'appui à l'organisation des parcours complexes qu'est la mission 2 afin de préserver la capacité d'action et la réactivité de la PTA.

2. Une mission 2 au cœur de l'activité de la PTA

La mission 2 est celle à laquelle les médecins ont le plus recours. Elle semble être la mieux comprise et répondre aux principales préoccupations des médecins, notamment en termes de soutien.

a. Un soutien dans la prise de rendez-vous urgents

Les médecins généralistes déplorent le délai de prise de rendez-vous auprès de certains spécialistes ou de l'accès à ceux-ci :

« Et donc je pense que oui voilà les relations avec les spécialistes elles sont quand même faciles si ce n'est le fait de réussir à les contacter. Parce que des fois... on n'y arrive pas. Ça ne répond pas. » MG5

La PTA, de par son réseau, a su organiser des rendez-vous là où certains médecins avaient échoué seuls permettant ainsi de débloquent des situations complexes ayant par ailleurs un caractère d'urgence pour les médecins traitants :

« Même sur l'hospitalisation ils ont réussi à dégoter un rendez-vous avec le gastro en 48h, truc impossible pour moi. (...) C'est fou ce que ça débloque comme situations » MG7

La plateforme peut ainsi venir en aide aux médecins et favoriser un meilleur accès aux soins pour les patients bien qu'elle ne favorise pas un accès direct entre le généraliste et le spécialiste.

La connaissance des ressources du territoire par la PTA et l'établissement par le passé de liens privilégiés avec les spécialistes a ainsi permis de faciliter certaines prises de rendez-vous, qui sont utiles en particulier pour certains patients au profil complexe et présentant un besoin urgent.

b. Une facilitation du maintien au domicile

En faisant appel à la PTA, notamment pour les patients en perte d'autonomie, les médecins cherchent à favoriser le maintien de leurs patients au domicile :

« Les patients sont en général assez opposants à toute prise en charge et donc je l'ai adressée à Appui Santé qui a fait des tests mémoire, est intervenu au domicile, et qui a permis à ce que cette patiente accepte son petit handicap et qu'elle continue à vivre chez elle avec des aides et... voilà. » MG14

La PTA coordonne ainsi les différents intervenants en faisant appel aux ressources du territoire.

C'est également ce que recherchent les spécialistes qui y font appel. Ceux-ci bénéficient de la présence d'équipes de travailleurs sociaux au sein de leurs établissements mais ont recours à la PTA lorsqu'un relais de prise en charge devient nécessaire afin d'assurer un lien avec la médecine de ville et d'éviter toute hospitalisation ou ré-hospitalisation. Le maintien à domicile semble être un cadre rendant difficile le suivi du patient par les travailleurs sociaux de l'hôpital, rendant nécessaire l'intervention d'un tiers :

« Je pense à une patiente qui avait un déficit moteur gauche complet sur des métastases cérébrales évolutives qu'on a réussi à contrôler sur le plan médical avec les traitements anti-cancéreux mais qui garde un déficit important avec tous les problèmes de retour à domicile que ça supposait avec en plus un contexte socio-familial un peu compliqué donc là ça a été important de pouvoir faire intervenir tous les acteurs possibles pour faciliter le retour puis le maintien à domicile donc là ça se passe bien mais, entre autre, grâce à la PTA. » MS1

Cependant pour que ce maintien au domicile soit réalisable il est nécessaire d'anticiper les situations de dépendance et de faire appel à la PTA assez tôt dans la prise en charge.

« C'était l'année dernière ça n'a pas été... une grande réussite dans le sens où je leur ai demandé d'évaluer les besoins d'une de mes patientes âgées dont l'état se dégradait et en fait je ne suis même pas sûr qu'il ait eu le temps d'intervenir au domicile pour évaluer les besoins qu'elle était déjà hospitalisée dans le service parce que ça n'allait plus. Donc c'est là que je me suis rendu compte qu'il y avait quand même une petite inertie qu'il fallait prendre en compte dans leur intervention et qu'il fallait sûrement, probablement, demander leur intervention plus en amont quoi. » MS2

Or la situation n'est souvent jugée complexe qu'après sa dégradation. Ainsi la prévention de la dégradation des situations complexes n'est pas toujours opérante chez les médecins n'ayant pas l'habitude d'utiliser la plateforme.

Lorsque l'intervention de la PTA est initiée à la demande d'un médecin hospitalier, celle-ci crée un lien ville-hôpital en tenant également informé le médecin généraliste :

« (...) j'ai une autre famille avec qui elle est intervenue mais pas sur ma demande. A la demande du gériatre dans le cadre d'une consultation d'un suivi mémoire. (...) J'ai dû recevoir au moment du courrier qu'il y avait une demande d'intervention de la plateforme territoriale d'appui. Et après j'ai reçu le compte rendu du passage. » MG12

La PTA facilite ainsi le maintien au domicile des patients et évite les hospitalisations non programmées si elle est sollicitée assez tôt dans la prise en charge des situations complexes. Mais parfois c'est le passage par l'hospitalisation qui permet la mise en place d'un plan d'aide au domicile.

c. L'amélioration de l'accès au milieu hospitalier et aux structures d'hébergement

La PTA permet une prolongation du maintien au domicile des patients, mais joue également un rôle lorsque celui-ci n'est plus possible.

Une des préoccupations des médecins est l'accès aux structures d'hébergement de type EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) lorsque le maintien au domicile n'est plus possible malgré les aides mises en place. Les médecins s'appuient sur l'expertise de la PTA pour renforcer leurs demandes et ainsi faciliter l'entrée en institution de leurs patients :

« (...) le contact auprès des maisons de retraite. Même s'il me restait après à remplir les dossiers mais ça m'a fait gagner beaucoup de temps et de..., et je pense que leur information elle est beaucoup plus pertinente que moi le message que je pourrais donner aux maisons de retraite quoi. Je pense que ça prend d'autant plus de valeur que ça rentre dans le cadre d'un réseau avec l'ensemble des intervenants sont d'accord de cette orientation-là. » MG9

De même elle permet de trouver des solutions dans les situations d'urgence lorsque le médecin se trouve démuné avec la nécessité de trouver une solution immédiate et les aides qui y sont associées autrement que par un passage par un service d'accueil des urgences :

« Bref c'était une situation d'urgence et donc on a réussi à travailler ensemble et trouver une place pour... une place en EHPAD en urgence et surtout à mettre en place, surtout, parce que la place en EHPAD des fois ça se fait. Mais le plus difficile c'est de mettre en place le dossier APA, le dossier MDPH éventuellement, mettre en route une tutelle. » MG13

Outre les relations existantes avec les EHPAD, la PTA entretient des liens privilégiés avec les praticiens de l'hôpital public, ce qui permet de faciliter l'accès des patients aux consultations ou hospitalisations programmées :

« (...) ils se sont quand même mis en lien avec le milieu fermé de l'hôpital de Dinan donc ils ont été assez réactifs. Je n'ai pas eu du tout besoin de contacter l'hôpital de Dinan, je ne me suis occupé de rien. C'est vraiment l'infirmière qui a vu qu'il y a une situation qui était compliquée et qui a appelé. Donc je pense qu'ils sont en bonne coordination. » MG3

De par sa connaissance des structures existantes et des places disponibles, la PTA permet une exploitation optimisée des ressources du territoire et un gain de temps dans l'étude des demandes formulées par les médecins traitants.

Certaines structures entretiennent des liens étroits avec la PTA, mettant celle-ci au courant lorsque de nouvelles places sont disponibles. Dans d'autres cas, pour les situations urgentes, c'est la PTA qui fait la démarche d'interroger les différentes structures afin de trouver une place d'hébergement.

Ainsi de par sa connaissance des structures d'hébergement et des liens tissés par le passé, la PTA permet d'améliorer le délai de traitement des demandes ou de trouver une réponse spécifique à la sollicitation.

d. Une délégation de tâches des médecins vis-à-vis de la PTA

Les médecins considèrent tous qu'ils manquent de temps. Outre les consultations ils doivent accomplir de nombreuses tâches administratives qui ne sont pas valorisées sur le plan pécuniaire et pour lesquelles ils éprouvent un manque d'intérêt. La médecine étant au centre de leurs préoccupations ils apprécient la possibilité de déléguer ces tâches, principalement les tâches relevant du domaine social, qu'ils considèrent ne pas être les leurs :

« Et après de toutes façons c'est de passer le relais puisqu'une fois qu'on les a orientés sur cette prise en charge sociale (...) ce n'est plus de notre ressort. (...) tout ce qui est administratif on n'a pas le temps de s'occuper de ça et je ne suis même pas sûre que ce soit notre boulot. Mais au moins alerter et orienter les gens je pense que ça oui par contre. »

MG12

Pour beaucoup, outre un manque d'intérêt, c'est également par un manque de compétence ressenti qu'ils souhaitent se détacher du social :

« (...) pouvoir me proposer des solutions que je ne maîtrise pas complètement, à mes patients et à leur entourage, à leurs familles. De manière à améliorer la qualité des soins, la qualité de prise en charge de mes patients. C'est tout. Et c'est énorme. C'est énorme parce que, je vous l'ai dit, parce que c'est des choses que je ne savais pas faire et que j'ai dû faire faire par des familles (...). C'est faire un travail que je ne sais pas faire et qui ne me passionne pas. Déléguer. C'est bien de déléguer le travail, pour se donner du temps à ce qu'on sait faire. » MG1

Enfin, c'est surtout un manque de temps qui est souligné au cours des entretiens :

« Il faut s'imaginer ce que ça peut être chronophage. Et puis chronophage sans forcément de résultats. (...) on peut y passer des heures ! (...) Non non notre métier c'est de soigner et ces assistants, ces gens-là, qui nous aident dans le soin et en général dans tout ce qui est autre, enfin dans le soin plus général, c'est indispensable. » MG13

Ainsi en faisant appel à la PTA les médecins cherchent à déléguer des tâches considérées comme chronophages, jugées inintéressantes, et pour lesquelles ils considèrent ne pas être formés.

e. Un rôle d'expertise de la PTA dans les situations complexes

La PTA tient un rôle d'expert auprès des médecins généralistes en donnant des avis sur des volets complémentaires à la médecine de première ligne. Ceux-ci ayant des connaissances limitées dans le champ du social ils font appel à la PTA comme ils feraient appel à un confrère spécialiste. La relation médecin-PTA devenant ainsi horizontale. Le rôle de la PTA est alors d'établir une évaluation, un bilan voire un diagnostic :

« Moi ce que j'attends c'est une évaluation sur ce type de problème. Parce que je pense que la PTA a un domaine plus large, théoriquement. Mais sur les personnes âgées c'est une évaluation du domicile, une évaluation médicale et un bilan de suivi sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour maintenir le patient au domicile le plus longtemps possible dans les meilleures conditions quoi. » MG3

En sollicitant la PTA ils espèrent trouver d'autres solutions à leurs problématiques :

« Moi quand je les appelle je sais qu'ils vont faire des choses au-delà de ce que je leur demande. C'est-à-dire qu'ils vont y mettre en plus leur expérience, ils vont me proposer d'autres solutions éventuelles auxquelles je n'aurais pas pensé. Donc c'est vraiment euh... c'est vraiment un plus. Ouais. Il n'y a pas de problèmes là-dessus pour moi quand je les appelle, souvent, même si par exemple ils ne peuvent pas me proposer de solution eh ben indirectement ils vont m'en proposer ou me donner une idée ou on va discuter et échanger. »

MG13

La PTA n'est alors plus un simple effecteur des tâches qui lui sont déléguées mais se doit d'établir un diagnostic et de proposer des solutions. C'est donc un interlocuteur avec qui l'échange est jugé pertinent et utile. Le dialogue ainsi établi enrichit la pratique, la relation n'est alors pas vécue comme une appropriation du patient par un tiers.

f. Un accompagnement pour les patients et leurs familles

En l'absence de la PTA les médecins avouent qu'ils faisaient comme ils le pouvaient mais surtout qu'ils laissaient les familles être à l'initiation des demandes d'aides :

« Je pense que je faisais très mal, et que je ne faisais pas et que je n'utilisais pas les bons outils. Très honnêtement. Ce sont les familles qui se débrouillaient. On les envoyait au CCAS, à droite, à gauche là, se dépatouiller dans des démarches et des papiers. (...) Maintenant tout est bien préparé. (...) je pense qu'on le faisait moins bien et qu'on le faisait faire aux enfants ou aux proches des familles. » MG1

La PTA soutient et accompagne les familles dans leurs démarches en répondant à leurs questions et en établissant un véritable suivi :

« (...) aider la famille je pense aussi, les conseiller, décharger en fait le mari parce qu'il assumait toutes les responsabilités et puis répondre à toutes questions qu'avait la famille au sujet de ce qui pouvait être mis en place et pour les aider et du devenir de leur mère quoi. »

MG3

La famille est aidée et guidée, et le médecin est soulagé car cette tâche ne lui incombe plus même s'il reste à disposition des familles.

Cependant il est à noter que rares sont les médecins qui ont évoqué l'intérêt de ce soutien à la famille. En faisant appel à la PTA ils recherchent donc plus un soutien dans leur pratique qu'un accompagnement pour les familles.

3. Une mission 3 redondante ou trop éloignée des centres de préoccupation des médecins

La mission 3 est encore en cours de développement. Parmi les médecins interrogés aucun ne connaît son existence, et lorsqu'elle leur est exposée la plupart émet des réticences et interrogations à son égard. Cette mission semble redondante avec des actions déjà existantes, mais aussi trop éloignée des centres de préoccupation des médecins.

a. *Une mission de formation mal cernée par les médecins bénéficiant déjà d'autres dispositifs*

Une des missions facultatives de la PTA présente dans le cahier des charges de l'ARS Bretagne est de proposer des outils de formation pour accompagner leurs initiatives et leurs démarches qualité. La PTA peut ainsi développer des formations techniques, spécialisées et pluridisciplinaires destinées aux professionnels de premier recours. Ces formations visent à favoriser le travail en équipe et l'appropriation de référentiels et outils de travail communs.

Une fois leurs études terminées les médecins se doivent de continuer à se former afin de mettre à jour leurs connaissances médicales. Cette formation est actuellement assurée par les universités via les DU, par des organismes tels que les FMC (Formation médicale continue) mais aussi par leur participation à des groupes qualité.

Lors des entretiens les médecins se disent satisfaits des formations mises à leur disposition et beaucoup ne voient pas l'intérêt de multiplier les dispositifs. Ils considèrent l'ajout d'un nouvel intervenant comme chronophage et peu pertinent :

« Non. Surtout pas ! On a... surtout pas ! Je vais vous dire pourquoi. On est assailli de réunions du soir de toutes sortes. On a la formation médicale continue. Qui est déjà pas mal, qui marche très bien. Ça c'est pareil, ça nous bouffe des samedis, des vendredis... Pour peu qu'on fasse des DU, voilà. Non il faut que les gens arrêtent de vouloir faire des formations. Honnêtement ça va ! A la limite pour ceux que ça intéresse passer un DU, je ne sais pas, de coordination ou un truc sérieux géré par les universitaires et validant mais euh... pfff. Je crois que, enfin moi je ne suis pas pour. » MG13

Pour la plupart des médecins la PTA n'est pas légitime dans ce rôle de formation même si celle-ci ne touche pas le domaine purement médical mais plutôt le domaine médico-social. Cependant certains d'entre eux sont ouverts à des formations « sur le tas » :

« Une formation d'assistante sociale [rire]. Je pense que c'est vraiment là où ça pêche, c'est le côté social des choses où on ne sait pas ce qu'on peut leur proposer, à quoi ils peuvent prétendre. Donc que l'assistante sociale de la PTA vienne avec moi deux ou trois jours pour m'apprendre plein de choses. Oui je pense que c'est vraiment ça, le côté social des choses » MG7

Ou plus pratiques, touchant le champ du social :

« Et une formation de deux heures sur « pour tel type de patient il y a ça, vous pouvez faire appel à ça ça ça. Il y a telles aides qui peuvent être mises en jeu, mais pour ça il faut appeler ça ça ça ça ça ». Et ben on pourrait se dépatouiller quasiment tout seul ! Peut-être pas tout seul parce qu'il y a plein de choses à faire mais au moins on saurait qui appeler à tel moment pour telle raison, pourquoi, et ça ça pourrait être pas mal oui » MG4

Là où d'autres sont fermés à ce qui sort du médical :

« Il faudrait me ré-apprendre toute la médecine [rire]. Non je ne sais pas. Tout ce qui m'intéresse c'est de faire de la formation médicale. Je suis vraiment un borné de la médecine. Mais ce qui tourne autour ne me préoccupe pas trop. » MG1

Ainsi le rôle de la PTA pourrait être de s'associer aux organismes de formation déjà existants et plébiscités par les médecins afin de dispenser leurs formations dans le champ du social ou par la présentation de cas pris en charge permettant d'illustrer les missions de la PTA.

b. Des médecins en attente d'outils de communications performants et alimentés par un tiers.

Les médecins interrogés sont ouverts au développement de l'outil numérique dans l'optique d'optimiser les échanges autour des cas complexes. Cependant ils sont réfractaires à l'émergence de dispositifs peu aboutis et expriment leur peur d'une accumulation d'interfaces.

La PTA a deux objectifs en ce qui concerne le développement de l'outil numérique. Le premier est l'aide à l'expansion du Dossier médical partagé (DMP), notamment en fournissant les dossiers des patients suivis par la PTA. Le second est de promouvoir le logiciel Gwalenn. Ce dernier a été développé par le Groupement de coopération sanitaire e-santé Bretagne (GCS e-santé Bretagne) dans le but de faciliter la coordination autour des cas complexes.

- Le DMP

Le principe du DMP est jugé intéressant par les médecins interrogés. Ils y voient un moyen de garder le lien entre libéraux et hospitaliers avec notamment l'intérêt de ne plus multiplier les prises en charges similaires qui avaient lieu par manque de communication entre les professionnels :

« Ben parce que je pense que ça peut être un moyen euh... sans déranger les autres professionnels d'avoir accès à certaines informations. Notamment les examens que les patients ont passés, tout ce qui va être assez coûteux et qui ne nécessite pas d'être refait tous les ans ou tous les 6 mois. Une IRM, un scanner... des fois il y a des examens qui sont refaits alors qu'ils ont été faits en hospitalisation. » MG12

Cependant un des freins à cette utilisation pertinente du DMP est l'absence d'accès à celui-ci pour les médecins hospitaliers :

« Pas du tout parce que déjà concrètement nous on n'a pas accès. J'ai déjà eu quelques cartes de professionnel de santé qui s'entassent dans un tiroir et qui n'ont jamais servies à rien puisqu'on n'a même pas le lecteur de carte sur nos ordinateurs donc on n'a pas accès aux dossiers. (...) On ne peut ni les consulter ni les alimenter. Mais bon l'hôpital est souvent à la traîne... » MS1

Certains généralistes ont d'ailleurs l'impression d'être les seuls à le fournir, ce qui fait perdre de l'intérêt à l'existence du DMP :

« Je pense que ça peut être pas mal mais il faut que tous les professionnels jouent le jeu et là pour le moment j'ai l'impression qu'il n'y a que les généralistes qui le font. Enfin pas tous... » MG2

Un autre frein est le manque d'aboutissement du développement de cet outil. La plupart des médecins peinent à créer ou fournir le DMP de leurs patients par manque de compatibilité avec leur logiciel métier :

« Mon problème c'est le temps pour le remplir et le fait que mon logiciel professionnel, pour l'instant, n'est pas... n'est pas en adéquation avec ce que je lui demande. C'est-à-dire que là

pour l'instant je peux ouvrir des DMP, j'en suis ravi, mais par contre pour y mettre les éléments que j'y souhaite c'est... ce n'est pas un clic droit pour un clic gauche quoi. C'est bien trop compliqué et ce n'est pas réalisable pour l'instant mais moi je trouve que ça... pour des patients chroniques je trouve que c'est vraiment indispensable quoi. » MG9

Ainsi les difficultés de création et l'ajout à des moyens de communication déjà existants rendent son utilisation chronophage :

« J'essaye de les fournir. Initialement dans le logiciel que j'utilise ils ont fait un lien normalement pour le DMP. Ça ne marche pas. Donc à chaque fois je repasse par le site du DMP pour créer... donc les documents à chaque fois, quand j'édite une ordonnance il faut que je la scanne, que je la formate en PDF et que je l'intègre au dossier, au DMP. Vous doublez le temps de consultation. Ça se fait, mais c'est du temps en moins à l'écoute de patients. C'est tout. » MG11

Pour pallier à ce manque de temps il est évoqué la possibilité de déléguer la tâche d'enrichissement des dossiers à un tiers :

« Éventuellement par quelqu'un qui aurait un rôle un peu médico-administratif dans un cabinet éventuellement, ça pourrait éventuellement s'imaginer ça, c'est vrai. » MG6

Mais certains médecins considèrent que ce n'est pas le rôle de la PTA :

« Alors peut-être pour les patients qu'ils suivent, pour lesquels ils ont été appelés. Est-ce que c'est leur mission ? ça fait une mission de plus quand même pour eux. Ils en ont déjà pas mal ! Je pense que c'est plutôt au médecin traitant ou au médecin qui est spécialiste d'intégrer éventuellement le suivi des patients, d'intégrer leur compte rendu et leurs choses. » MG3

Le DMP est donc un outil sensé aider à décloisonner les prises en charges ville-hôpital mais il semble que seuls les médecins de ville y aient accès, empêchant ainsi le transfert de données utiles au suivi des patients. De plus cet outil n'est pas encore abouti, notamment par manque de compatibilité avec les logiciels métiers des médecins.

- Gwalenn

Lorsque la question de Gwalenn est évoquée seul un médecin se souvient d'en avoir entendu parler :

« Ah c'est ce logiciel, là ! C'est justement un logiciel de coordination. Non ce n'est pas ça ? Je ne l'ai pas encore vu. Je ne le connais pas. » MG13

Au cours des entretiens, nombreux sont ceux qui ont évoqué la nécessité d'avoir un logiciel commun pour rendre la communication entre professionnels plus fluide :

« Et donc ce qui manque, je pense, pour la communication, c'est surtout ça, ce serait un réseau commun. Un réseau commun... Il y a plein de choses qui existent, il y a Apycript, il y a MS santé... Mais il faudrait une même méthode de communication. Pas forcément le même logiciel métier mais au moins une méthode de communication identique qui existerait. » MG4

D'autres proposent même la mise en place d'un moyen de communication sous forme d'une application pour smartphone permettant d'y déposer des questions tout en ayant connaissance de la disponibilité de l'interlocuteur pour y répondre rapidement :

« Mais le truc qui pourrait être sympa c'est un mode de communication. Un serveur qui ferait communication. C'est-à-dire via une appli, via smartphone ou via nos ordi, où on peut déposer une question et avoir la réponse dans les 48h s'il n'y a pas d'urgence, dans les 72h. Avec un truc où on sache si celui à qui on adresse le message est présent, en congés ou absent longtemps. » MG10

Cependant lorsque la fonction de Gwalenn est évoquée, les médecins se montrent réticents à son utilisation par crainte d'une multiplication des interfaces et donc par une perte de temps et d'informations :

« Moi je rêve d'avoir des logiciels médicaux inter... qu'on puisse communiquer, on aura tous le même logiciel médical, qu'il y ait des noms différents selon les fournisseurs on s'en fiche. Mais qu'on puisse communiquer via nos dossiers oui. Pour moi le DMP a un bel avenir mais qui n'est pas encore en place. S'il faut faire d'autres structures, je ne suis pas convaincu. C'est faire du multi-couche. » MG1

Ainsi les médecins ne sont pas fermés à l'émergence de nouveaux outils permettant d'améliorer et de fluidifier la communication entre professionnels de santé. Cependant cet outil se doit d'être fonctionnel dès le début de sa mise à disposition et si possible créé et fourni au maximum par un tiers. Il se doit également d'être novateur et de ne pas se superposer aux interfaces déjà existantes.

c. Des médecins ouverts aux retours d'expériences plus qu'à la production collective d'un support

Une des fonctions de la PTA au sein de la mission 3 est d'appuyer les professionnels de santé dans la production de protocoles pluri-professionnels. La grande majorité des médecins interrogés ne connaissent pas leurs existences alors qu'ils sont plébiscités par la HAS [25] :

« Protocole pluri-professionnel ? Je ne sais pas ce que c'est qu'un protocole pluri-professionnel. C'est un réseau quoi ? Non ? » MG1

Seul un médecin connaissait au préalable leur existence et projetait d'en mettre en place :

« Donc bon, après, ça, on est un petit peu là-dedans déjà même si pour l'instant ce n'est pas fonctionnel chez nous mais notre projet de maison de santé et SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) avec des protocoles pluri-professionnels et toutes les obligations qu'on a par rapport à la création de cette SISA ça répond un petit peu à ça. Et normalement ça va nous obliger à avoir d'avantage d'échanges entre nous, avec les paramédicaux et essayer de discuter justement de ces cas complexes. » MG6

Certains médecins ne sont pas contre la mise en place de tels protocoles mais ils soulignent que ceux-ci pourraient être vecteurs d'une forme de rigidité dans les prises en charges des patients, avec un manque d'adaptation à chaque cas :

« Non non mais je ne suis pas contre. Moi je ne suis pas contre les consensus, les protocoles. Après il faut savoir ne pas les appliquer à la lettre mais je suis très preneur de cela parce que ce sont des outils qui nous permettent toujours d'avoir un cadre qui rassure. Un cadre rassure, donc il faut l'avoir ça, ouais. Et après il ne faut pas tomber sur un fou qui l'applique à la règle. » MG10

D'autres y sont fermés et n'y voient pas la solution à une amélioration de l'harmonisation des pratiques :

« (...) je ne suis pas sûr que ce soit le rôle de la PTA. Pour moi la PTA elle nous soutient dans des situations difficiles et justement des situations non écrites, un peu bizarres, un peu atypiques. On peut évidemment mettre des protocoles, des procédures, appeler untel en premier etc. mais enfin on sait comment ça va se passer. Les protocoles ils sont surtout connus par les gens qui les écrivent quoi. Donc c'est encore une perte de temps, une perte d'énergie. Je suis assez négatif là-dessus mais je pense que ben s'il y a une plateforme de coordination ça va se mettre en place tout seul quoi. Je pense qu'il faut des choses simples. »

MG13

En revanche tous sont d'accord sur la nécessité d'améliorer les relations entre les professionnels de premiers recours, ceci permettrait d'optimiser les prises en charge autour des patients et notamment autour des cas complexes.

Pour ce faire ils proposent de mettre en place des réunions, des rencontres, afin de renforcer ces liens. Mais ces réunions devraient être organisées par les professionnels eux-mêmes et non par la PTA :

« il faudrait faire des réunions. Tous ensemble. Je pense que c'est comme ça qu'il faudrait faire. Mais après on a tous ce problème du temps qui est compliqué mais... Mais je pense que le meilleur moyen d'avoir un échange et sur un thème donné ou un sujet donné c'est qu'on s'assoie tous autour d'une table et qu'on se mette d'accord. A mon avis c'est comme ça qu'il faut faire. (...) si on avait envie est-ce qu'on aurait vraiment besoin de la PTA pour ça... je ne suis pas persuadée. Probablement que c'est ça qui, que ça se passerait comme ça. Mais si c'est vraiment quelque chose qu'on voulait, on peut tous se faire un doodle et dire on se voit tel jour pour discuter de ça. Enfin c'est malheureux d'avoir besoin de la PTA pour ça quoi. » MG7

Ainsi la production de protocoles pluri-professionnels ne semble pas être au cœur des préoccupations des médecins. L'harmonisation des pratiques et le renforcement des liens qui unissent les professionnels de santé devraient plutôt passer par des rencontres au cours desquels ils pourraient échanger.

III. Une utilisation motivée par l'émergence de missions non prévues dans le cahier des charges de la PTA

Au cours des entretiens l'intérêt des médecins ne se porte pas sur les missions telles que définies par l'ARS. Ceux-ci plébiscitent d'autres actions, considérées comme apportant un véritable soutien, qui sont incluses par la PTA dans les missions de départ.

1. Accompagner, soutenir, rompre la solitude dans un contexte d'incertitude

Nombreux sont les médecins qui, malgré un exercice en cabinet de groupe, se sentent seuls face à des situations complexes. Ils soulignent l'incertitude à laquelle ils se sentent confrontés dans leur façon de prendre en charge les patients poly-pathologiques.

Le mode d'exercice libéral est différent de l'exercice hospitalier du fait d'un isolement et d'un sentiment de solitude dans la prise de décisions. Ce sentiment est accru lorsque le médecin est confronté à une situation complexe. Il ressent ainsi le besoin de faire appel à un tiers :

« Et les points positifs et bien c'est tout le confort de travail que cela m'apporte, l'allègement, euh... l'allègement d'une charge de travail, d'une certaine souffrance au travail aussi parce qu'aller tout seul auprès de personnes en difficulté c'est épuisant. Point positif sur l'information globale que ça m'apporte. De voir en effet qu'une situation ce n'est pas uniquement du soin c'est aussi des ressources... des revenus quoi. Voilà. Et puis ouais je pense que c'est grâce à eux que... étant donné que moi je suis parti sur un mode d'exercice libéral euh... en groupe tout de même mais quand même, même en groupe on est chacun dans sa petite cellule de consultation. On a des échanges, on échange entre nous mais on est quand même des libéraux un peu solitaires. Et ouvrir justement, c'est ça, refuser d'être à l'hôpital parce que pour moi l'hôpital c'était insupportable. Mais il y avait un truc sympa à l'hôpital c'était l'échange de groupe, de collègues. Et ça ben on le perd nous systématiquement. » MG10

Les médecins interrogés voient dans la PTA un soutien sur le plan de l'organisation purement technique de la coordination des aides au domicile, ainsi qu'un soutien qui les conforte dans le bien fondé de leurs prises en charge :

« Après l'impact hum... Je pense qu'il y a deux choses. La première c'est nous aider, nous épauler. En plus des fois on a des situations qui sont très lourdes. On est un peu seul et du coup, voilà, nous épauler, nous... Peut-être qu'on a les bonnes solutions mais parfois c'est compliqué à mettre en place etc. Donc nous aider à les mettre en place et puis, parfois, nous aider aussi dans la prise de décision. Soit nous conforter, soit nous proposer d'autres solutions également. Je pense que c'est nous conforter dans les décisions, dans les prises en charge. Ou apporter aussi de nouvelles décisions. » MG2

Cette forme de coopération, de travail en équipe, leur permet d'élargir leur vision sur une situation et ainsi de mieux prendre en charge le patient :

« Le fait que nous en tant que médecin on ne peut pas être présent en permanence au domicile des patients et de voir comment ils évoluent dans leur quotidien. Et donc je pense vraiment que ça apporte justement un appui. On peut se baser sur quelqu'un qui a aussi la connaissance de cette personne-là, comme nous, par un biais différent et qui nous permet et qui permet aussi au patient d'intégrer plus facilement les choses et donc de rendre notre pratique plus facile. » MG14

2. Un rôle de médiation pour faire advenir la meilleure des solutions

Une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes, et qui ajoute à la complexité d'une prise en charge, est le conflit. Ce conflit peut naître au sein de la relation patient-famille comme au sein de la relation médecin-patient. Le médecin se trouve démuné et cherche dans la PTA un rôle de médiateur.

a. Médiateur dans les relations intrafamiliales

La présence de relations conflictuelles au sein d'une famille est un des freins à la prise en charge des patients et notamment à la mise en place d'aides à domicile.

Les médecins ne font pas toujours appel à la PTA par manque de connaissances ou de ressources, ils y font parfois appel parce qu'ils sont dans l'incapacité d'aider à la médiation des situations de conflit de par leur position trop proche des familles :

« On n'était plus du tout dans la prise en charge médicale. Je ne savais pas si une assistante sociale ou quoi pouvait passer à domicile et aider cette famille qui en avait besoin puisque personne n'était d'accord sur le devenir de la maman et qu'un intervenant extérieur qui pouvait proposer quelque chose je pense que ça aurait été intéressant. Et surtout peut-être un rôle de médiation au sein de la famille. » MG12

MG7 évoque également le rôle de médiation de la PTA dans la gestion de conflits intrafamiliaux, celle-ci ayant permis de faire le lien avec la famille :

« Euh, donc, le portage des repas, les inscriptions en maison de retraite qu'elle avait toujours refusées, le passage des infirmières, le lien avec ses enfants... qui n'étaient pas toujours faciles. » MG7

b. Médiateur dans la relation médecin-patient

Dans certaines situations les patients refusent toutes les aides proposées par les médecins. Ceux-ci se sentent ainsi démunés car ont des solutions à proposer mais ne peuvent pas les mettre en application. Ils font appel à la PTA comme à un médiateur, un tiers neutre qui introduirait d'une façon différente les mêmes propositions qui ainsi seraient entendues voire acceptées :

« Elle refusait tout. Les antalgiques, elle refusait tout. Les aides, c'était compliqué à instaurer parce qu'elle n'en voulait pas. Mais pour autant elle m'appelait toutes les semaines pour dire « ça ne va pas docteur il faut faire quelque chose, arrêtez de me laisser souffrir ». Et donc une fois que je me suis essoufflée à lui proposer dix fois la même chose, je me suis dit « on va faire appel à un ami » et voilà, j'ai appelé la PTA, qui a réussi à instaurer tout ce que j'avais proposé mais voilà... d'un œil extérieur avec des intervenants, enfin bref. » MG7

La PTA facilite ainsi la relation entre le patient et son médecin en jouant le rôle de médiateur. MG10 souligne l'expérience et la maîtrise dont a su faire preuve la gestionnaire de cas pour parvenir à débloquer une situation :

« Il n'y a pas de brutalité, il n'y a pas de forcing et de toutes façons ça ne marche jamais ça. Et puis en plus, au-delà même de ça, c'est un peu comme un coffre-fort qui résiste et bien avec un tout petit peu de tact, de doigté, de délicatesse, clac elle l'ouvre. » MG10

La PTA n'est donc pas simplement un appui à la coordination mais est aussi conciliateur permettant de mettre en place un plan d'aide préalablement établi.

3. L'apport d'une expérience formative sur les champs non médicaux

Comme vu précédemment les médecins généralistes soulignent leurs lacunes dans le champ du social. Ceux-ci sont habitués au cours de leurs études, et notamment au moment de l'internat, à renforcer leurs connaissances par l'acquisition d'expériences sur les terrains de stage. C'est sur le même principe qu'ils vont intégrer de nouvelles connaissances au contact de la PTA. Cependant deux catégories de médecins vont se distinguer. Les uns vont chercher à mettre en application ce qu'ils ont appris auprès de la PTA et les autres continueront à faire appel à elle dans des situations similaires.

a. Mise en application

Certains médecins considèrent que, du fait d'une expérience acquise auprès de la PTA, ils ne feraient pas forcément à nouveau appel à elle si une situation similaire devait se représenter. Cela permettrait à la PTA de se concentrer sur de nouvelles situations trop complexes pour être prises en charge par les médecins seuls :

« Non non ce n'est pas systématique ! c'est vraiment quand je n'ai pas les outils ou les orientations pour déclencher une prise en charge, oui ça je pourrais. Mais après quand je les ai... Je ne vais pas les embêter à chaque fois ! » MG11

Ils voient ainsi en la PTA une solution de dernier recours dont il ne faut pas abuser afin d'en conserver sa réactivité :

« J'essaierais de faire tout ce que je peux avant et c'est rare que je les appelle sans avoir rien tenté avant. Enfin les trois fois où j'ai appelé d'ailleurs ce n'est jamais arrivé. Mais non en général j'essaie d'abord de faire ce que je peux et puis c'est le moyen, c'est la solution de dernier recours. Mais qu'on est contents d'avoir. » MG7

b. Non mise en application du fait d'autres avantages portés par la PTA

D'autres considèrent effectivement qu'ils bénéficient d'une expérience formative auprès de la PTA mais ils considèrent que la PTA apporte d'autres avantages que leur prise en charge seule.

Certains préfèrent faire appel à elle par soucis de gain de temps :

« Je pense que, pas dans l'ensemble des cas, mais ça demande une énergie et du temps que je n'ai pas nécessairement. (...) c'est souvent plus facile par Appui Santé. » MG9

Là où d'autres considèrent que c'est la supervision de la mise en place des aides qui est un apport non négligeable de la PTA :

« (...) il y a des choses qui vont être intégrées dans la pratique puis ça n'empêche pas de faire appel à la PTA pour de toutes façons superviser. » MG10

Ainsi même si les médecins apprennent au contact de la PTA à mieux gérer les situations complexes, ils continueront à y faire appel ne serait-ce que par soucis d'efficacité et de savoir-faire, développant ainsi une forme de délégation de tâches.

IV. De multiples facteurs expliquant l'appropriation de la PTA par les médecins

Les médecins interrogés, utilisateurs de la PTA, se sont approprié ce nouvel outil. Plusieurs facteurs ont pu faciliter cette appropriation.

1. Une connaissance préalable de l'équipe et du mode de fonctionnement d'Appui Santé

La connaissance préalable de l'équipe et du mode de fonctionnement d'Appui Santé via l'utilisation ancienne et satisfaisante des réseaux ayant fusionné explique en partie l'appropriation de la PTA par les médecins. Les anciens utilisateurs des deux réseaux ayant fusionné exprimaient leur crainte d'une perte de qualité vis-à-vis du service qui leur était apporté. Ils appréhendaient notamment une perte d'efficacité et de rapidité d'intervention du fait de l'extension du territoire d'intervention de la PTA et de l'ouverture à de nouveaux profils. A ceci s'ajoutait la crainte d'une stagnation de budget ne permettant pas à la PTA de faire face à ses nouvelles fonctions :

« Et donc j'étais très inquiet. Toujours inquiet quand l'ARS, les instances, se mettent dans nos affaires. Surtout que là on avait un truc qui fonctionnait très bien. Et j'ai un peu peur qu'ils cassent le jouet qu'on avait, enfin l'outil qu'on avait. Qui était très très très fonctionnel, très adapté à nos besoins. Avec des interlocuteurs de qualité. (...) Donc j'avais un peu peur que, ben toujours pareil hein, on prend la même enveloppe et puis on divise en deux ou en trois et puis avec les mêmes moyens (...), on doit faire plus de travail. Donc ça m'inquiétait un peu puis apparemment cette plateforme elle tourne. » MG10

Cependant c'est bien l'expérience favorable de leur utilisation de ces anciens réseaux et la connaissance des équipes intervenantes qui les a incité à faire appel à Appui Santé, voyant ainsi en la PTA une continuité des réseaux existants :

« En fait moi j'étais utilisateur d'un des réseaux qui s'appelait Geront'Émeraude. J'étais très intéressé par Geront'Émeraude, je l'utilisais très régulièrement et j'avais de très bons rapports avec leur équipe donc du coup quand c'est devenu la plateforme territoriale d'aide on a pas mal échangé et voilà. Et donc du coup je la connaissais avant qu'elle n'existe. » MG13

Appui Santé a su s'adapter et tous s'accordent à dire qu'elle n'a pas perdu en efficacité, ce qui satisfait les médecins :

« Non mais très honnêtement, très honnêtement je crois qu'elle est bien montée en puissance ces derniers mois et elle est vraiment très active et très présente. » MG1

Les médecins spécialistes quant à eux avaient peur qu'Appui Santé ne soit que l'évolution de Geront'Émeraude et que l'équipe d'Onco6 ne trouve pas sa place dans son fonctionnement, ce qui n'a pas été le cas :

« Voilà, parce qu'il y avait effectivement une crainte je sais, plus au niveau institutionnel, au niveau des organisations et des associations qui étaient derrière on va dire, entre Onco 6 Geront'Émeraude et tout ça, de savoir s'il y a des moyens qui allaient disparaître au passage. Si Geront'Émeraude, qui est une grosse boutique, n'allait pas bouffer Onco 6. Je n'ai pas l'impression que ce soit le cas » MS1

La création de la PTA à partir de deux entités préexistantes fonctionnelles plutôt qu'une création ex-nihilo serait donc un atout dans sa mise en fonction du fait de liens de confiance préalablement tissés avec les médecins usagers.

2. Réunions d'information et implication des médecins dans le développement de la PTA

Afin d'aider les médecins à s'approprier ce nouveau dispositif de coordination, la PTA a organisé des réunions d'information mais également des moments d'échanges avec les anciens utilisateurs des deux réseaux ayant fusionné.

a. Extension du territoire

Un des défis que devait affronter la PTA était l'extension de son territoire d'intervention dans les départements de l'Ille et Vilaine mais surtout des Côtes d'Armor. Elle a ainsi dû se faire connaître de médecins n'utilisant pas préalablement les deux réseaux dont elle est issue. Pour se faire des représentants de la PTA sont intervenus au cours de groupes qualité ou de FMC, permettant ainsi de présenter ses différentes missions et de communiquer son numéro unique. Ces interventions ont permis aux médecins y ayant assisté de mieux appréhender l'utilisation qu'ils pouvaient en faire :

« Et donc en fait j'ai vu ça, (...) c'était pas mal parce que c'est vrai que sur le papier je ne voyais pas à quoi ça servait. Et en fait on était plusieurs médecins à se poser la même question et avec la présentation on a compris un peu plus leurs objectifs. » MG2

La multiplication des présentations au cours de réunions semble nécessaire afin de toucher le plus d'acteurs en soins primaires possible.

b. Consultation des médecins utilisateurs lors du développement de la PTA

Lors du développement de la PTA l'équipe d'Appui Santé a organisé des moments d'échanges avec les usagers des réseaux afin de répondre au mieux à leurs préoccupations. Cette consultation des médecins et donc leur implication dans la mutation du dispositif leur a permis de s'approprier ce nouvel outil :

« il y a un conseil d'administration avec plusieurs médecins (...) on est partie prenante. On a quand même un peu plus l'impression (...) que nos demandes soient prises en compte en amont. (...) on est consultés quoi. Ça c'est super. » MG13

Ainsi le retour des usagers sur les services proposés par un dispositif permettrait d'en accroître son utilisation :

« (...) on a été invités plusieurs fois à venir participer à l'organisation d'Appui Santé, à donner notre avis sur les différentes possibilités d'évolution. Donc voilà c'est comme ça que j'ai rencontré aussi le Dr P. Voilà. Ayant des patients plus âgés que la moyenne, travaillant avec les services de gériatrie de l'hôpital, parce qu'ils ont un lien aussi assez fort avec Appui Santé. Donc voilà c'est dans cette dynamique là que je le suis retrouvé à travailler régulièrement avec Appui Santé. »
MG9

V. Des facteurs expliquant une réutilisation du dispositif

La réutilisation du dispositif par les médecins s'explique par un service rendu améliorant leurs conditions de travail et facilitant la prise en charge des patients.

1. Un interlocuteur unique

En faisant appel à la PTA les médecins se retrouvent face à un interlocuteur unique, simple à contacter, facilitateur de coordination bien que générateur d'ambiguïté quant au détenteur du rôle de coordinateur.

a. Interlocuteur unique

Les médecins considèrent que pour certains cas il est plus simple de contacter la PTA que d'organiser eux-mêmes directement la coordination des différents intervenants. Cela leur permet de n'avoir qu'un seul interlocuteur distribuant les informations à tous les intervenants, générant ainsi un gain de temps pour le médecin :

« (...) surtout l'intérêt c'était que je n'ai eu qu'un interlocuteur en fait. Et la distribution des informations elle s'est faite sans que j'aie à demander à ce que je rappelle l'infirmière qui rappelle la, qui rappelle les tels EHPAD. Donc c'était ça. C'était le fait que pour un contact on ait finalement touché l'ensemble des intervenants. » MG9

Au-delà du gain de temps c'est l'efficacité de la prise en charge du fait de la centralisation des informations qui est appréciée.

« Une image que j'ai dans ma tête. C'est comme une espèce de pieuvre, en tous cas plein de bras qui centralisent les choses pour permettre de n'avoir qu'un seul intervenant. (...) Avec le fait que ce soit centralisé je pense que ça optimise la communication et donc l'efficacité. »
MG12

L'interlocuteur unique, quelle que soit la demande, est considéré comme un gage de simplicité permettant de gagner en efficacité :

« (...) même si on sait quoi faire le fait que tout soit centralisé sur une même structure avec tous les intervenants qu'on a du mal à joindre... c'est magique ce truc ! [rire] Je suis une convaincue hein ! » MG7

b. *Place de la PTA et du médecin traitant dans la coordination et dans la relation médecin-patient*

En étant le seul interlocuteur la PTA prend une place centrale dans la coordination des parcours de soins. Ce qui génère une ambiguïté quant au véritable détenteur du rôle de coordonnateur.

Les médecins sont partagés sur ce point. Certains considèrent que c'est la PTA qui occupe cette place centrale dans la coordination du parcours de soins :

« C'est encore un peu flou, même si voilà c'est nous aider sur la prise en charge d'un patient. C'est comme un pivot je pense. Par contre je ne sais pas qui est au centre. Si c'est la PTA ou le patient. En tous cas ce n'est pas le médecin généraliste. Et en fait il y a peut-être les deux. »

MG2

Une autre partie des usagers considère que c'est bien le médecin qui reste le pivot de l'organisation du parcours. Le rôle de la PTA ne serait que de l'appuyer dans cette fonction :

« Non ils peuvent nous aider mais aujourd'hui le sens du médecin traitant c'est d'être coordinateur. C'est lui qui gère le parcours de soin. C'est pour ça qu'il y a le médecin traitant. Donc le parcours de soin c'est nous. Par contre l'assistance, puisque c'est comme ça que c'est organisé, c'est eux. » MG13

Les rôles de chacun restent donc à définir bien que cette ambiguïté ne génère pas de tensions et n'empêche pas les médecins de faire appel à Appui Santé, qu'ils se considèrent pivot ou non.

2. Un gain de temps

L'aspect de leur expérience d'utilisation qui est le plus apprécié et le plus mis en avant par les médecins est le gain de temps que leur procure la PTA. Ils considèrent que ce gain de temps est générateur d'une meilleure prise en charge des patients car il leur permet de se concentrer sur la dimension médicale de leur prise en charge :

« Quand j'ai trouvé cette possibilité d'avoir une aide pour toute la prise en charge un peu périphérique de la médecine du quotidien ça m'a franchement dégagé du temps médecin et c'est ça que j'ai apprécié. C'est le temps que ça nous donne pour travailler, pour faire de la médecine et s'occuper des problèmes médicaux de nos patients. » MG1

Ce gain de temps est permis par une efficacité et une efficacie de l'équipe intervenant au sein de la plateforme. Les médecins soulignent ainsi la réactivité de l'équipe et sa capacité d'analyse et de compréhension des problèmes exposés :

« (...) moi ce que j'ai apprécié c'est que les deux interlocutrices que j'ai eu à chaque fois je n'ai pas eu à leur expliquer dix fois mon problème. Elles ont tout de suite compris ce que je cherchais. Ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres situations, (...). Parfois avec d'autres spécialistes ou même notre secrétaire quand on lui demande des choses un peu particulières il faut parfois réexpliquer. Mais alors que là non non elles ont tout de suite compris ma demande et ça a été réactif donc ça m'a bien plu. » MG5

S'ajoute à l'efficacité de l'équipe des capacités d'écoute très appréciées :

« Déjà oui, alors je ne sais pas si c'est tout le temps la même personne qu'on a au téléphone quand on appelle, mais en tous cas à chaque fois elles sont gentilles, adorables, et puis du coup après, efficaces quoi ! Parce que dans les 48h en général les familles sont appelées. Même pas 48h la plupart du temps. Il y a un premier contact assez rapide, mais c'est vrai que c'est agréable d'appeler. Il y a des gens on n'a pas envie de les appeler, on est obligés mais on n'a pas envie. Alors là pour le coup c'est un vrai bonheur. Et puis quand elle nous rappelle, qu'elle nous fait des petites synthèses. Donc... elles sont géniales » MG7

Ainsi l'efficacité et la réactivité de la plateforme offre un gain de temps non négligeable aux utilisateurs.

3. Une équipe appréciée pour ses qualités relationnelles et sa motivation.

De nombreux qualificatifs positifs sont utilisés au cours des entretiens afin de décrire l'équipe de la PTA. Leurs qualités relationnelles ainsi que leur motivation semblent favoriser la réutilisation du dispositif par les médecins.

a. Des qualités relationnelles appréciées

Pour certains médecins la confiance en l'équipe qui interviendra auprès des patients revêt une réelle importance :

« (...) donc avec des portes fermées à triple tour et donc parvenir à faire rentrer dans la tête de ces gens-là que l'aide était nécessaire, que j'allais solliciter un tiers pour cette aide parce que tout seul je ne pouvais pas tout faire euh... c'était un super challenge et je savais que si la personne que je faisais venir n'était pas bonne, était un peu trop brutale, un peu trop directive, ça faisait exploser tout le boulot quoi. » MG10

C'est le cas de l'équipe d'Appui Santé qui est appréciée pour ses qualités relationnelles, que ce soit auprès des patients ou auprès des professionnels de santé, mais aussi pour sa discrétion :

« La méthode de travail ? Moi elle me convient parce qu'ils sont efficaces, ils ne sont pas intrusifs, ils ne nous appellent pas tous les jours, ils règlent bien les choses. Vraiment quand ils ont besoin d'une aide, d'une participation à l'élaboration d'un dossier, d'une demande, de l'appel d'un confrère. Ils n'hésitent pas, ils ont raison. Il n'y a pas, ce n'est pas, c'est très, c'est bien orchestré » MG1

Ces qualités seraient inhérentes à l'équipe d'Appui Santé et la dimension interpersonnelle y prendrait une grande place :

« Aujourd'hui à Saint-Malo l'équipe qu'on a c'est tout simplement génial. Mais je ne suis pas sûr que toutes les PTA fonctionnent aussi bien partout. (...) A Saint-Malo c'est la solution magique ! Et ça je le dis c'est la solution magique mais la question c'est : est-ce que ce n'est pas la solution magique grâce à la... à la... aux personnes qui y sont et notamment à T., et T. il va faire plein d'autres choses. Enfin je dis T. et... et comment elle s'appelle ? L. et... P. Elles sont toutes les deux incroyables ! » MG13

L'appréciation d'Appui Santé ne tient donc pas uniquement dans le service rendu mais également dans le savoir être et la posture de l'équipe qui rend ce service.

b. Réponses apportées même hors du champ de compétence

L'équipe de la plateforme se soucie d'aider les médecins même si les demandes sont hors de leur champ de compétence. Ceci se fait par une orientation de l'utilisateur vers d'autres ressources existantes. Ainsi aucune question n'est laissée en suspens :

*« La personne que j'avais eu au téléphone m'avait dit que ce cas de figure-là précis ne rentrait pas dans leurs prérogatives mais elle avait fait des recherches et elle m'avait rappelé en me disant ben vous pouvez peut-être contacter l'***. » MG12*

Cette façon de réorienter sans se dédouaner est un aspect apprécié des médecins :

« Donc voilà, donc là on a appelé la PTA. Entre temps on a tiré sur d'autres ficelles. Mais n'empêche que la PTA a fait ce qu'elle pouvait. Elle n'avait pas de solution à ce moment mais enfin on ne nous a pas raccroché au nez. » MG13

Ainsi la PTA pourrait être une porte d'entrée unique dans le champ du médico-social avec une orientation et une mise en relation avec les organismes directement concernés par la demande.

VI. La PTA a su pallier aux écueils soulignés par les médecins dans leur utilisation d'autres dispositifs de coordination.

Le rapport n°2014-010R de l'IGAS montre que lorsque les médecins étaient interrogés sur leurs expériences d'utilisation des autres dispositifs d'aide à la coordination plusieurs écueils étaient soulignés.

1. Un médecin toujours informé par téléphone et via les PPS

Le premier écueil souligné était le manque de retours formalisés d'informations au médecin traitant, celui-ci n'avait lieu que dans à peine plus de la moitié des cas.

Les médecins utilisant la PTA sont satisfaits du retour d'information qui se fait par PPS envoyé systématiquement mais aussi, de façon moins formelle, par téléphone :

« Elle fait une synthèse en deux minutes par téléphone, elle nous tient au courant, enfin c'est quand même génial de tenir au courant. Parce que souvent, des fois, on envoie le bébé et puis après on n'est au courant de rien. Là on a des synthèses orales, des synthèses écrites, on sait où on va, c'est clair, c'est carré, c'est un tableau, il y a ça comme problème il y a ça comme réponse. C'est assez clair, ça tient sur deux pages, trois pages. » MG4

Avec toujours une validation de la conduite à tenir par le médecin traitant qui ne se sent ainsi pas écarté de la prise en charge du patient :

« Pas de difficulté de communication avec eux. Euh... non je trouve qu'ils sont vraiment attentifs à nous tenir informés. Respectueux de notre exercice, aussi. Ne voulant pas faire d'impairs dans les situations avec de différents intervenants. » MG9

Outre le maintien de l'information et le contact par téléphone, la façon dont sont structurées les fiches de synthèse est particulièrement appréciée :

« La richesse aussi de la PTA et de son fonctionnement c'est dans leurs fiches de synthèse sont re-ciblés, enfin re-pointés, les différents points fragiles ou actions à donner. Et ça c'est un truc génial parce que moi je m'en sers « ah oui tiens, tac » ». MG10

Cependant lors des entretiens un des médecins interrogés a affirmé ne pas avoir reçu de retour quant à la prise en charge de son patient. Ceci serait dû à un problème de messagerie sécurisée :

« Après c'est vrai que le seul regret que j'ai eu c'est de ne pas avoir de retour. Après je me dis bah j'aurais peut-être pu appeler aussi. Enfin voilà... » MG2

Ainsi tous les médecins à l'exception de MG2 ont reçu une information. Le système est donc performant mais doit être amélioré pour s'assurer de l'accès à l'information par les médecins.

2. Une plateforme facilement accessible

Les médecins reprochent aux autres dispositifs d'appui à la coordination d'être difficilement accessibles, soit par une perte de temps téléphonique soit par des profils de patients trop restreints et donc des réorientations trop fréquentes. Ce manque d'accessibilité est considéré comme trop chronophage.

« Quand vous appelez certains services, par exemple les soins palliatifs, en même temps ils ont une problématique médico-légale il leur faut l'écrit probablement, mais il faut absolument leur envoyer la fiche. Vous appelez et on vous dit « envoyez la fiche ». Vous allez prendre 5-10min à remplir une fiche pour envoyer. Eux vous les appelez, vous donnez les coordonnées du patient, vous racontez en quelques mots ce qu'il se passe, les antécédents ta ta ta, ça va très vite. » MG13

La PTA n'étant pas restreinte à certains profils elle est considérée comme plus opérationnelle et peut s'intégrer plus facilement à la pratique quotidienne des médecins.

3. Des délais de prise en charge courts

Enfin ce sont les délais d'intervention de certains dispositifs, souvent longs, qui posent problème aux usagers. La PTA est considérée comme efficiente avec un délai d'action compris entre 48h et quelques jours :

« Ben là c'était rapide. Enfin pour mon patient c'était super rapide. J'ai appelé, la semaine d'après il avait déjà un rendez-vous et la machine était en marche. Une semaine c'est rien. Et si c'est comme la MAIA... 6 ou 7 mois... c'est long. Et donc du coup on ne fait pas appel. 6 mois ce n'est pas possible, on trouve d'autres moyens. Enfin 6 mois j'exagère peut-être, c'est peut-être un peu moins mais je sais que je ne fais pas appel à la MAIA pour ça. A cause de ça. » MG4

Cependant ce court délai d'action pourrait s'allonger si le nombre d'utilisateurs venait à augmenter sans être accompagné de l'évolution des moyens financiers mis à disposition de la plateforme.

Ainsi ce qui est recherché est donc une consommation la plus modérée possible du temps médical associée à un partage d'information efficient et un délai d'intervention court.

De ce fait même face à un cas répondant aux critères d'admissions d'un autre dispositif de coordination les médecins se tourneront plus facilement vers la PTA :

« Donc là j'ai passé beaucoup de temps avec les MAIA pour dépanner des patients pour des problèmes sociaux et euh... dans des situations quasi-psychiatriques. Pour un effet nul. Donc bon voilà je n'ai pas été reconfronté à ce type de situation mais je pense qu'avant de faire appel à la MAIA je ferais appel à la PTA. » MG9

VII. Des freins à son utilisation permettant d'envisager des pistes d'amélioration

Même si la PTA semble répondre aux attentes des médecins, plusieurs d'entre eux évoquent l'existence de freins à son utilisation.

1. Manque de connaissance du dispositif par les médecins

Même s'ils utilisent la plateforme, nombreux sont les médecins qui ne connaissent pas bien son mode de fonctionnement. Certains se demandent ainsi s'ils peuvent y faire appel alors que le patient a été pris en charge par l'hôpital, pensant qu'une prise en charge hospitalière exclurait la possibilité d'un suivi par la PTA, avec une mise en concurrence. Cette idée est renforcée par la méconnaissance du mode de financement de la PTA :

« Ce qui est peut-être aussi difficile c'est... est-ce qu'on fait appel à eux que quand il y a zéro prise en charge ou est-ce qu'on peut faire aussi appel à eux quand il y a une prise en charge gériatrique hospitalière ? (...) Est-ce que ça ne fait pas doublon ? (...) Mais c'est drôle parce que... moi ça m'apparaît, je pense que je me trompe, mais ça m'apparaît comme un réseau privé. Cette plateforme. Et pas « public ». Vous comprenez ce que je veux dire ? Comme si ça rentrait en concurrence. » MG2

Mais le principal frein reste le manque d'ancrage de l'utilisation de la PTA dans les habitudes d'exercice, ceci pourrait être amélioré par la mise en place de rappels :

« Mais je pense qu'en fait, ça doit faire peut-être un an mais ce n'est peut-être pas encore rentré dans nos automatismes ! Et donc je pense qu'on ne fait peut-être pas assez souvent encore appel, qu'on n'y pense peut-être pas encore suffisamment. » MG12

Des retours d'expérience leurs permettraient de mieux discerner les contours du champ d'action de la PTA et donc d'y faire appel dans un plus grand nombre de situations.

2. Un refus des patients en attente d'une dégradation de la situation

L'autre principal frein à l'utilisation de la PTA est un refus de la part des patients. Ce refus est en partie expliqué par la peur de concrétiser une perte d'autonomie :

« Moi personnellement non. Que les patients ne veuillent pas oui. Ça arrive. Voilà. (...) Peur du jugement... peur que ce soit suivi d'un placement... (...) Voilà. Peur que l'on découvre des

pertes de mémoire. (...) Mais si on travaille, enfin moi je travaille pour leur expliquer que... qu'ils sont toujours libres et que ça n'engendrera aucune décision arbitraire de notre part. »
MG14

Parfois c'est l'appréhension de devoir financer l'action de la PTA qui est un frein, mais cette peur est vite atténuée par les explications du médecin :

« Très honnêtement je conseille assez facilement la PTA. C'est peut-être les familles qui ont une certaine réticence. Alors le meilleur moyen que j'ai trouvé de faire accepter de prendre un premier contact avec la PTA c'est quand vous leur dites « c'est gratuit ». Et là ça déclenche beaucoup de choses. On a toujours peur d'associations où c'est payant. » MG1

Ces situations sont alors débloquées lorsque les conditions du maintien au domicile se dégradent :

« Ben en fait c'était « ben de toutes façons j'ai déjà organisé les choses sans eux donc on n'a pas besoin d'eux » quoi. Sauf que non. Parce qu'ils n'ont pas les rapports avec les services sociaux ou pas aussi pertinents, pas avec l'APA, pas avec l'ensemble des, enfin, des possibilités que je ne maîtrise pas non plus mais donc du coup on dit « ce n'est pas grave on verra ça une autre fois » et puis quand on se retrouve dans une situation où on est bloqués et ben ils acceptent la prise en charge. » MG9

Une meilleure information du médecin concernant les profils de patients pour lesquels il peut faire appel à la plateforme ainsi qu'un apprentissage de son mode de fonctionnement et des rappels réguliers de son existence permettraient de limiter ces freins, et ainsi d'intégrer son utilisation à l'exercice quotidien des médecins.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation qualitative de l'usage d'Appui Santé Rance Émeraude par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor y ayant eu recours, après une année d'activité, afin de savoir si elle répond à leurs attentes. Les objectifs secondaires étaient de comprendre si la création de cette PTA à partir de deux réseaux de santé, Onco6 et Geront'Émeraude, a modifié les pratiques de ses utilisateurs, et de proposer des pistes d'ajustement des services de cette PTA.

I. Les forces et limites de l'étude

L'émergence des plateformes territoriales d'appui comme dispositif de coordination étant récente, il existe peu d'études les concernant. Ainsi, la principale force de notre étude est son originalité.

Le choix de la méthode qualitative nous a paru pertinente pour explorer les ressentis des médecins tout en les laissant s'exprimer le plus librement possible.

Le nombre important de médecins ayant participé à cette étude est probablement influencé par le fait que les entretiens aient été menés par une jeune consœur. De même ce paramètre a pu avoir un impact sur les propos recueillis, avec l'utilisation d'un langage médical et l'a priori d'une

compréhension mutuelle. Cette force est donc également une limite puisque ce paramètre a pu influencer les réponses données par les personnes interrogées.

L'indemnisation des entretiens a également pu influencer sur le nombre de réponses positives aux sollicitations.

Les entretiens étaient d'une durée moyenne de 43 minutes. Cette durée moyenne peut être expliquée par un intérêt des médecins généralistes pour ce sujet.

Enfin cette étude a pu bénéficier d'un double codage et d'une triangulation des données, ce qui renforce sa validité interne.

La principale limite de cette étude est un biais d'interprétation du fait de la faible expérience de l'investigatrice principale en entretiens qualitatifs. Ceci a pu avoir un impact sur le déroulement des entretiens semi-directifs en influençant de façon involontaire les réponses obtenues. Cependant la direction de cette étude par une chercheure expérimentée a pu contrebalancer cet effet.

II. Principaux résultats et comparaisons aux études antérieures

1. Réponses aux attentes des médecins généralistes

Notre étude montre que la PTA répond à certaines des attentes des médecins généralistes qui y ont eu recours. Tous mettent en avant un gain de temps important. Faire appel à la PTA leur permet de se consacrer à d'autres tâches. Cette préservation du temps médical est également retrouvée dans une étude du dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) [26]. Cette étude montre que la délégation d'une partie de l'activité des médecins généralistes aux infirmières permettrait aux médecins d'accroître leur patientèle tout en ne modifiant pas leur nombre de consultations quotidiennes. C'est-à-dire en diminuant le nombre de consultations nécessaires par patient. Ainsi la délégation de tâche favoriserait l'amélioration de l'accès aux soins par la possibilité d'accepter de nouveaux patients.

La PTA a également permis une facilitation de l'accès aux structures hospitalières sans passage par les services d'urgences. Enfin la PTA est vue comme une aide, une orientation, afin de trouver le bon intervenant. Ces points faisaient partie des attentes mises en avant par les médecins généralistes au cours d'une précédente étude [12]. Une autre thèse de médecine montrait que les médecins souhaitaient une convergence et une simplification des services proposés par les différents dispositifs d'appui à la coordination du territoire [27]. La PTA répond partiellement à ce besoin en orientant les professionnels de santé vers la bonne structure lorsque leur demande sort de ses prérogatives. Cependant il n'est pas encore question de guichet unique, cette perspective d'évolution pourrait être envisagée.

D'autant que la mise en place d'un guichet intégré semble nécessaire devant la fragmentation du système de santé et la méconnaissance des ressources du territoire par les médecins généralistes.

De par le cahier des charges publié par l'ARS Bretagne [16] la PTA se doit de participer au fonctionnement du guichet intégré. Mais ne serait-il pas plus pertinent, et efficient, que la PTA soit la

seule porte d'entrée vers les ressources du territoire et autres dispositifs de coordination ? Permettant ainsi un adressage efficace vers ces ressources et limitant le nombre d'interlocuteurs. Ce que semble promouvoir la HCCAM dans son rapport de 2018 concernant la transformation du système de santé français [18].

Nos analyses permettent également de montrer que les trois principaux écueils critiqués par l'IGAS et les médecins traitants [10] ont été évités par Appui Santé. Il s'agit du retour systématique de l'information au médecin traitant, via des PPS, de l'exhaustivité de la réponse apportée, et enfin d'une consommation la plus modérée possible du temps médical par la PTA.

Cependant il est à noter l'existence d'une défaillance dans le système d'information, responsable de la non réception du PPS par un des médecins interrogés au cours de l'étude. Celui-ci est donc à améliorer pour que la transmission d'information soit optimale.

2. Une forme de collaboration vécue comme un soutien

Les médecins généralistes interrogés disent se sentir isolés face à certaines situations. Ils trouvent dans leur lien avec la PTA une forme de collaboration, mais aussi de compagnonnage. Ces notions sont soulignées par R. AUBRY qui considère la coordination d'Appui comme un soutien, une expertise, un compagnonnage et une facilitation [28].

Ce besoin de soutien et le désir de développer des pratiques collaboratives est retrouvé dans plusieurs études [29]. Plus le médecin est impliqué dans un réseau de santé plus il existe un effet bénéfique sur son bien être psychologique [30].

Pour répondre à cette demande, d'autres formes de travail collaboratif ont émergé ces dernières années. Parmi elles, le développement des infirmières Asalées dont les profils des médecins partenaires se rapprochent de ceux de la PTA. Ce sont pour la plupart des médecins exerçant en cabinet de groupe, avec une volumineuse activité et exprimant la volonté d'une meilleure prise en charge des patients associée à un gain de temps médical [31].

On retrouve également la création de maisons de santé pluri professionnelles dont l'idéal organisationnel centré sur une équipe de soins primaires et un réseau local se rapproche de celui de la PTA [32].

Ainsi, la plupart des médecins interrogés soulignaient leur envie de rencontrer physiquement les autres acteurs du système de santé. En particulier les médecins spécialistes, afin de créer du lien et d'optimiser leurs échanges coopératifs. C'est ce qui a également été retrouvé au cours d'une étude sur la coopération entre les équipes hospitalières et les médecins et paramédicaux de ville. Ceux-ci étaient intéressés par des formations mais uniquement dans le but de permettre des rencontres physiques [33].

Une piste d'amélioration pour Appui Santé serait l'organisation de rencontres entre professionnels de santé afin d'améliorer leurs relations et ainsi la coordination autour du patient.

3. Facteurs d'acceptation du dispositif

Dans notre étude les médecins utilisant le plus la PTA sont ceux qui étaient déjà impliqués dans les réseaux à l'origine de celle-ci. Le fait que l'ancienneté d'entrée dans un dispositif soit un facteur d'utilisation plus fréquente est retrouvé pour le dispositif Asalée ainsi que chez les professionnels travaillant au sein de Community Health Centers au Canada [26] [34].

D'autres éléments à prendre en compte pour l'acceptation d'un tel dispositif par les médecins est une préservation de leur autonomie [35] ainsi qu'une non altération de la relation médecin-malade [36], ce qui semble être un des atouts de la PTA.

La PTA répond à plusieurs critères permettant l'adoption d'une innovation. Elle est simple d'utilisation, ne présente pas de risque pour l'utilisateur et peut-être utilisée sans obligation de réutilisation [37]. De plus elle semble être adoptée par certains du fait d'une présentation positive du dispositif par des collègues y ayant eu recours [38]. L'émergence de la PTA à partir de réseaux de santé pourrait également avoir favorisé son acceptation par les médecins. En effet nombre d'anciens utilisateurs n'ont pas changé leurs pratiques avec la PTA.

Cependant le flou qui entoure certaines de ses missions peut être un facteur de non utilisation. Ceci concerne plus particulièrement la mission 3 dont les objectifs sont mal compris par les médecins interrogés. En effet, le manque de connaissance des missions d'un dispositif est un frein à son utilisation [38]. Plusieurs des médecins interrogés avouaient ne faire appel à la PTA que dans le cadre des missions qu'ils lui attribuaient. La plupart réclamait de nouvelles réunions d'information avec au premier plan le besoin de retours d'expériences et d'exemples concrets à l'utilisation d'Appui Santé. La mise en place de ces réunions permettrait d'améliorer l'information donnée aux médecins concernant les différentes missions de la PTA afin d'en renforcer leur utilisation. Celles-ci pourraient être couplées aux rencontres mentionnées précédemment.

Enfin, malgré son extension au territoire de Dinan, nombreux sont les généralistes qui n'utilisent pas la PTA. Une future étude pourrait concerner ces médecins afin de déterminer les critères de non intégration de ce nouveau dispositif.

4. Coordination

Auparavant la coordination pouvait passer par le patient qui était alors à l'origine de la création de réseaux dits « informels ». Celui-ci était alors le vecteur de l'information entre les différents acteurs de soin, entraînant une perte d'information du fait d'un manque de temps et de lieu d'échange commun [39].

Dans notre étude, nombreux sont les médecins qui se sont tournés vers la PTA car ils faisaient face à un refus de soin, retardant ainsi la mise en place d'aides au domicile. Ce motif d'orientation vers la gestion de cas plutôt que vers un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) ou une coordination informelle était retrouvé dans une étude comparant ces trois modes de coordination [40]. Mais le refus de soins peut également être opposé aux gestionnaires de cas. Il semble donc que la PTA soit capable de les faire accepter en respectant l'individualité de chaque patient [41].

Bien que les médecins semblent travailler en harmonie avec la plateforme, notre étude souligne une ambivalence quant au détenteur du rôle de coordonnateur. Qui entre le médecin et la plateforme est le véritable coordonnateur ? Certains médecins considèrent que ce rôle reste le leur là où d'autres le confient à la PTA. Cette ambivalence n'est pas nouvelle [42] mais n'a pas lieu d'être pour les pouvoirs publics qui considèrent la PTA comme le prolongement du médecin généraliste, puisque sollicitée par celui-ci [10].

5. La nécessité d'un système d'information efficient

Nombreux sont les médecins interrogés qui évoquent la nécessité de mettre en place un moyen de communication efficient afin d'échanger autour du patient. Ils saluent l'intention portée par le DMP concernant cette fonction mais en soulignent son manque de fonctionnalité. Ce manque de fonctionnalité est causé par des incompatibilités avec leur logiciel métier, par le temps nécessaire pour le tenir à jour mais aussi par la non amélioration de la communication via cet outil. Ainsi il ne permettrait pas d'améliorer la coordination de soin. Ces résultats sont similaires à une étude réalisée en 2012 sur les DSP (Demand side platforms), précurseurs du DMP [43].

Il devient alors nécessaire de développer un outil plus fonctionnel permettant une communication « en temps réel » associé à des informations pertinentes concernant les patients, avec une consommation du temps médical la plus faible possible. C'est tout l'enjeu du développement du logiciel Gwalenn, développé par GCS-eSanté Bretagne [44] et porté par Appui Santé.

6. Expériences étrangères

L'optimisation de la coordination des soins est une préoccupation internationale [45]. Ainsi on voit depuis 2012 l'émergence d'Accountable Care Organizations (ACO) aux USA, ayant permis une amélioration significative en matière de suivi des pathologies chroniques mais aussi une limitation des dépenses de santé [46]. Ces organisations ont mis en place le développement de systèmes d'informations intégrés, actuellement en cours de développement pour les PTA. Et ont en commun avec les PTA le recours à des *care managers*. Les ACO intègrent également d'autres innovations, non intégrées par les PTA aujourd'hui, que sont l'identification proactive des patients ayant des besoins importants ainsi que la mise en place de programmes de transition ville-hôpital. Mais l'innovation principale des ACO repose sur un nouveau mode de financement basé sur la mise en œuvre de contrats incitatifs à la performance.

D'autres pays, tel que les Pays-Bas avec les Zorggroep et avec les Clinical commissioning groups, ont fait le choix de regrouper des cabinets de soins primaires en entités juridiques afin d'améliorer la coordination des soins [45]. Ce choix se rapprochant plus des CPTS, en cours d'implantation en France et au cœur du plan « Ma Santé 2022 », que des PTA [47].

7. La PTA va au-delà des missions demandées.

Un des principaux éléments qui revenait au cours des entretiens était l'efficacité, la dynamique et le relationnel de l'équipe travaillant au sein de la PTA. Cet élément est également retrouvé dans les Health Care Centers, pour lesquels le principal facteur favorisant la collaboration était la dynamique de groupe [34]. Ce ressenti de la part des médecins envers l'équipe de la PTA permet l'établissement d'une relation de confiance, relation de confiance qui entre dans le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle selon D'Amour et al. [48].

Ainsi la PTA ne répond pas uniquement aux attentes des médecins au travers de la réalisation de ses missions préétablies, mais va au-delà grâce à un relationnel de qualité permettant d'établir un lien de confiance et un meilleur « travailler ensemble ».

On peut ainsi se demander si le modèle actuel serait aussi bien accepté par les médecins avec une équipe différente. D'autant que le passé de certains membres d'Appui Santé, lié aux structures hospitalières locales et facilitant le lien ville-hôpital, ne peut-être extrapolé aux autres PTA.

CONCLUSION

La PTA du territoire de santé n°6 semble répondre en grande partie aux attentes des médecins généralistes entretenus, en matière de coordination de cas complexes, et ce en palliant aux différents écueils des dispositifs de coordination antérieurs [10]. A la demande des politiques publiques, le réseau préalable a su évoluer vers plus de polyvalence et s'étendre sur un territoire plus vaste sans pour autant perdre en qualité et réactivité. Cependant la PTA ne touche pas encore l'ensemble des médecins généralistes installés sur le territoire et n'est donc pas un levier de transformation majeur des pratiques actuelles. Une façon pour la PTA de se faire connaître et de mobiliser les médecins serait de présenter ses services en organisant des rencontres présentant des cas concrets issus de la file active et de mettre en lumière l'amélioration de la prise en charge des patients et ses qualités par ce biais.

Cette mutation des normes de travail vers des pratiques plus collectives tend à se développer, notamment au travers de la mise en place concomitante des CPTS et des infirmières en pratique avancée. En effet la coordination entre professionnels de santé suppose une mutation de la conception d'autonomie dans le travail des médecins, mais certains n'y sont pas encore prêts [35].

Une autre question se pose, celle de la place des patients dans l'évolution des pratiques médicales. Ils restent les acteurs principaux de leur santé mais sont peu mobilisés dans ces modèles pourtant fait pour améliorer leur parcours de soin. Leur ressenti quant à l'évolution de leur prise en charge au sein de ce type de structure est essentiel et pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire à la nôtre.

Enfin la convergence des différents dispositifs de coordination apparaît comme souhaitée par les médecins généralistes pour simplifier la lisibilité des services. Ceci est en accord avec les politiques publiques et entre dans les objectifs de stratégie de transformation du système de santé incarné par le projet « ma santé 2022 » [49], et est inscrit dans la loi depuis le 24 juillet 2019 [50].

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
2. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockeville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2007;7.
3. HAS. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Note méthodologique et de Synthèse documentaire; 2014.
4. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Paris: Ministère chargé de la santé; 2012.
5. Code de la santé publique - Article L6327-1. Code de la santé publique.
6. de Stampa M, Vedel I, Buyck J-F, Lapointe L, Bergman H, Beland F, et al. Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;58:350-5.
7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
8. Hébert R, Raïche M, Dubois M-F, Gueye N-R, Tousignant M, The PRISMA Group. Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-experimental Study. *The Journals of Gerontology*. janv 2010;65B:107-18.
9. Somme D, Trouvé H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, et al. Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56:54-62.
10. Blanchard P, Esloüs L, Yeni I, Louis P. Évaluation de la coordination d'appui aux soins. IGAS; Report No.: 2014-010R.
11. Unal J-L, Jammes-Veaux L. Enseignements de l'enquête en ligne portant sur un projet territorial d'appui. 2017.
12. Bouin J. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Thèse de doctorat en médecine générale]. Rennes 1; 2017.
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74. 2016-41 janv 26, 2016.
14. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. 2016-919 juillet, 2016.
15. Code de la santé publique - Article D6327-1. Code de la santé publique.
16. Cahier des charges portant sur la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui à la coordination. ARS Bretagne - Direction de la stratégie régionale en Santé/Direction adjointe de l'offre ambulatoire; 2015 Mai.
17. Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui. ANAP; 2018.

18. Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. HCCAM; 2018.
19. Appui santé rance émeraude. Territoire de santé n 6. Comité de pilotage; 2017 oct 18.
20. Profil_territoire_TDS-StMalo.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-11/Profil_territoire_TDS-StMalo.pdf
21. Rapport d'activité. Appui Santé Rance Emeraude; 2018.
22. Fiche de recueil des données d'activité des réseaux. Geront'Emeraude; 2017.
23. Fiche de recueil des données d'activité des réseaux. Onco6. ARS; 2017.
24. Larsson R. Case survey methodology: quantitative analysis of patterns across case studies. *The Academy of Management*. 1993;36(6):1515-46.
25. Haute Autorité de Santé - Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
26. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. *Questions d'économie de la Santé (IRDES)*. Avril 2019;241.
27. Lebres D. Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe : évaluation de la connaissance, de l'utilisation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Grenoble Alpes; 2019.
28. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*. 2017;HS 19:73-7.
29. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renault P. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(2):105-17.
30. Ferré M-F, Almudever B, Tauber M, Jouret B, Diene G. Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail. *Pratiques Psychologiques*. 2018;24:195-212.
31. Afrites A, Franc C, Mousques J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *Questions d'économie de la santé*. février 2019;239.
32. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*. juin 2014;32(2).
33. Le Cossec C, Giacobelli M, de Chambine S. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *SFSP « Santé publique »*. 2018;30:213-24.
34. Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*. 2002;55:991-1003.
35. Schweyer F-X. L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. In: *Singuliers généralistes*. Les presses de l'EHESP. 2010. p. 283-304.
36. De Stampa M, Vedel I, Henrard J-C, Bergman H, Novella J-L, Lapointe L. Participation des médecins généralistes dans les réseaux de santé : expériences en Amérique du Nord. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2007;55:401-12.

37. Rogers EM. Theory of Innovation. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2001. p. 7540-3.
38. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
39. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56S:S197-206.
40. De Stampa M, Bagaragaza E, Herr M, Aegerter P, Vedel I, Bergman H, et al. Utilisation des services d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées en situations complexes : comparaison entre trois types de coordination gérontologique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2014;62:315-22.
41. Corvol A, Balard F, Moutel G, Somme D. Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation de médico-sociale complexe : regards croisés. *La Revue de médecine interne*. 2014;35:16-20.
42. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. Presses de l'EHESP « Métiers Santé, Social ». 2010;253-70.
43. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP). *Réseaux*. 2013;178-179:223-55.
44. GWALENN, l'outil numérique des coordinations » GCS E-Santé Bretagne [Internet]. E Santé Bretagne. Disponible sur: <https://www.esante-bretagne.fr/projets/services-aux-professionnels/gwalenn-outil-numerique-des-coordinations/>
45. Bernstein D. L'organisation du parcours de soins : les expériences étrangères. HCAAM – document annexé au rapport « innovation et système de santé »; 2015.
46. Mousquès J, Lenormand M-C. L'expérience américaine des Accountable Care Organization : des enseignements pour la France ? *Questions d'économie de la Santé (IRDES)*. Avril 2017;227.
47. Ma Santé 2022, un engagement collectif. Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
48. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*. 1999;17(3):67-94.
49. Pribile P, Nabet N. Repenser l'organisation territoriale des soins.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf
50. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23. 2019-774 juillet, 2019.

GLOSSAIRE

ACO	Accountable care organizations
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
CLIC	Centre locaux d'information et de coordination
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DSP	Demand side platforms
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FMC	Formation médicale continue
GCS e-Santé	Groupement de coopération sanitaire e-santé
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PPS	Plan personnalisé de santé
PSI	Projet de soins Informatisé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Contrat de communication :

Bonjour, je m'appelle Tiphaine Philippe, je suis interne en médecine générale et j'effectue mon travail de thèse sur l'utilisation de la nouvelle plateforme territoriale d'appui du territoire de Saint-Malo Dinan par les médecins généralistes.

Dans ce cadre j'aurai souhaité que vous me parliez de votre expérience.

Si vous le voulez bien cet entretien sera enregistré, anonymisé et intégralement retranscrit.

- 1) Pour commencer pouvez-vous me parler de vous ?
 - Installé depuis combien de temps
 - Âge
 - Type d'exercice
 - Type de patientèle

- 2) Comment avez-vous connu la plateforme territoriale d'appui Appui-Santé ?
 - Ancien utilisateur de Geront'Emeraude
 - Ancien utilisateur d'Onco6
 - Groupe d'échange de pratique, groupe qualité
 - Autres ?

- 3) Pouvez-vous me parler de votre première utilisation de la PTA ?
 - Quel type de mission / de patient
 - Qu'est-ce qui a construit le besoin ? pourquoi, pour qui, à quelle occasion, comment ?
 - Résolution du problème : qu'est-ce que la PTA a fait concrètement pour vous et pour la personne en question ?
 - Patient déjà suivi par Onco6 ou Geront'Emeraude
 - Comment avez-vous eu connaissance du numéro unique ?
 - Qu'est ce qui, dans la réponse apportée, vous a conforté dans l'idée de réutiliser le dispositif ?

- 4) Pouvez-vous me parler de votre dernière utilisation de la PTA ?
 - Pourquoi, pour qui, à quelle occasion, comment ?
 - En quoi cela correspondait à vos attentes, va au-delà, ne convient pas ... ?
 - Rapidité de réponse
 - Réponse en adéquation avec les attentes du médecin

- 5) Pour quels autres types de profil de patients ou autre situation pensez-vous pouvoir faire appel à la PTA ?

- Nouveaux types de cas
 - Fidélité à un profil en particulier
- 6) Y a-t-il eu des situations dans lesquelles vous avez pensé faire appel à la PTA mais vous y avez renoncé ? Pourquoi ?
- Qu'est ce qui dans le mode de travail vous plait et vous déplaît ?
 - Dans la relation avec eux ?
 - Dans la façon dont ils gèrent les problèmes des usagers ?
 - Dans la relation avec les autres acteurs avec qui ils travaillent ? Dans la relation qu'ils ont avec l'hôpital ?
 - Acceptation de l'intrusion dans la prise en charge du patient ?
- 7) Qu'est-ce que vous attendez quand vous faites appel à la PTA ? En termes de prestation ? En termes d'impact sur votre prise en charge ?
- Qualité de relation autant que qualité de prestation
 - Type d'utilisation/population
 - Facilitation du travail
 - Facilité d'utilisation
 - Gain de temps
- 8) Si vous étiez un utilisateur de Geront'Emeraude ou d'Onco6, quelles différences de fonctionnement voyez-vous ? Même type de prestation ?
- 9) Dans votre pratique quotidienne, quels seraient vos besoins en termes de formation ? Notamment en ce qui concerne l'outil numérique, la coordination, l'appui à la mise en place de protocoles pluri-professionnels ?
- Différent des groupes qualité
 - Intérêt de cette mission
- 10) Est-ce que vous avez l'usage d'un système d'information qui vous permet de communiquer avec la PTA ? Quand je vous parle de Gwalenn qu'est-ce que ça vous évoque ?
- Messagerie sécurisée développée par l'ARS et que les PTA doivent promouvoir.
- 11) Toujours sur le thème de l'informatique. Que pensez-vous du développement des DMP dans le contexte du travail en réseau avec d'autres intervenants, dans l'accompagnement des personnes complexes ? en général ?
- Intérêt de la PTA dans leur mise en place ?
- 12) Finalement, pour vous, quel est le rôle de la PTA ?
- Appui à la coordination
 - Mobilisation des ressources du territoire

- Missions 1, 2, 3 : connaissez-vous ses différentes missions ?
- Qu'est ce qui pourrait être fait en plus ?

13) Pour conclure, quels sont les points négatifs et les points positifs qui se dégagent de votre expérience en tant qu'utilisateur de la PTA ?

14) Pensez-vous que le parcours de soins puisse être coordonné par ce biais ?

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES		N°
<p>PHILIPPE, Tiphaine – Appréciation de l’utilisation d’une plateforme territoriale d’appui par des médecins généralistes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes du territoire de santé <i>Saint-Malo Dinan</i>.</p>		
<p>55 feuilles., 0 illustrations., 0 graphiques., 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine; Rennes 1; 2019 ; N° .</p>		
<p>Résumé français Introduction : Les Plateformes Territoriales d’Appui (PTA) ont été développées afin de soutenir les médecins traitants dans la prise en charge de patients aux profils dit « complexes ». L’objectif est l’évaluation de l’appréciation de ce nouvel outil de soins primaires afin de savoir s’il répond aux attentes des médecins généralistes du territoire de santé Saint-Malo Dinan y ayant eu recours. Méthode : Enquête qualitative par réalisation d’entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins ayant eu recours à la PTA du territoire de santé n°6 au cours de l’année 2018. Analyse du verbatim par double-codage indépendant. Résultats : La PTA a su pallier aux écueils soulignés par les médecins dans leur utilisation d’autres dispositifs de coordination. Toutes les missions de la PTA ne sont cependant pas mobilisées. Conclusion : La PTA est un outil polyvalent, plébiscité par les médecins l’utilisant, mais elle n’a pas fondamentalement transformé les pratiques de coordination des soins.</p>		
<p>Résumé anglais : Introduction : The territorial support platforms (Plateformes territoriales d’appui or PTA) were set up to help physicians provide their patients with adequate care in complex situations. This thesis provides a qualitative assessment of the reception of this new primary care tool by physicians in the Saint-Malo Dinan health territory. Methods : This thesis relies on a qualitative study based on semi-structured interviews of physicians having used the PTA in 2018. Interview transcripts were analyzed using independent double-coding. Results : The PTA has been able to overcome important pitfalls highlighted by doctors in their use of other coordination tools. PTA users don’t yet mobilize the full spectrum of the platform capabilities. Conclusion : While the PTA has not fundamentally changed current practices of care coordination, it is described as a useful and versatile support tool that is popular with physicians using it.</p>		
Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE	
Mots-clés :	Médecins généralistes, Plateforme territoriale d’appui, coordination, patients complexes	
Mots-clés anglais MeSH :	General practitioners, Territorial support platform, coordination, complex patients	
JURY :	Président :	Professeur JEGO
	Assesseurs :	Docteur PIALOUX [directeur de thèse] Docteur ROUTELOUS [co-directrice de thèse] Professeur SOMME Docteur CHAPRON