



HAL
open science

**Le plan personnalisé de coordination en santé, un outil
d'aide à la coordination des situations complexes en
soins primaires : connaissance, adaptation au besoin et à
la pratique des médecins généralistes de Savoie : enquête
de pratiques professionnelles**

Amélie Marty-Mauris

► **To cite this version:**

Amélie Marty-Mauris. Le plan personnalisé de coordination en santé, un outil d'aide à la coordination des situations complexes en soins primaires : connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de Savoie : enquête de pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03191061

HAL Id: dumas-03191061

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03191061v1>

Submitted on 6 Apr 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année 2021

Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé,
un outil d'aide à la coordination des Situations Complexes en soins primaires :
Connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de
Savoie.

- Enquête de pratiques professionnelles -

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

par **Amélie MARTY-MAURIS**

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

le 23 mars 2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Philippe ZAOUÏ

Membres :

M. le Professeur Patrice FRANCOIS

M. le Docteur Yoann GABOREAU

Mme. Le Docteur Sandra MARTENS (Directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEO Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAQUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A mes maîtres et pairs, membres du jury qui me faites l'honneur de juger ce travail.

A mon Président de jury, **Mr le Professeur Philippe ZAOU**. Vous avez accepté avec un enthousiasme qui m'a fait chaud au cœur de me faire le grand honneur de juger mon travail et de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie également de vos conseils et des échanges que nous avons pu avoir autour de ce travail. Veuillez trouver ici la marque de ma gratitude et de mon profond respect.



A ma directrice de Thèse, **Mme le Docteur Sandra MARTENS**. Autour de nos discussions à Point-Virgule, cette idée de travail de recherche est née et tu as accepté de diriger pour la première fois un travail de thèse. Tu ne m'as pas « lâchée » malgré les difficultés de démarrage, les contraintes de nos vies respectives de médecins-épouses-jeunes mamans. Tu as toute ma reconnaissance et mon affection, toi qui m'as aidée à enfin devenir un « vrai docteur ».



Je tiens également à exprimer ma reconnaissance au **Professeur Patrice FRANCOIS**. Vous avez accepté d'apporter votre regard critique sur ce travail. Veuillez trouver ici la marque de ma gratitude et de mon profond respect.



Enfin, je remercie le **Docteur Yoann GABOREAU** de venir juger cette thèse mais aussi d'avoir répondu à mes questions diverses et variées tout au long de l'avancée de ce travail.



Aux contributeurs à ce travail,

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe de la MRSS, de la direction aux coordonnatrices d'appui, pour son intérêt dans ce travail, son soutien logistique en ayant diffusé mon questionnaire, ses échanges qui ont fait avancer la réflexion. Je remercie en particulier Marie-Laure avec qui j'ai eu des discussions constructives, qui m'a éclairée sur certaines subtilités.

A mes formateurs,

Chaque stage, chaque rencontre a apporté ses pierres à mon édifice et m'a permis de surmonter mes doutes et craintes et de progresser jour après jour. J'adresse en particulier mes remerciements à Pierre Mistral, Renate Ormières, Philippe Pichon du centre de santé de l'Arlequin et à l'équipe de SOS médecins, j'ai beaucoup appris grâce à vous.

A mes co-internes,

compagnons de galère et de bons moments : Claire, Clémence, Camille, Cécilia en particulier.

A mes co-reconverties,

Pia et Véro, je suis fière de vos parcours. Notre trio m'a permis d'encaisser l'année de préparation de l'ECN, rythmée par les sous-conf chez Pia et les ECN blancs des WE. La semaine au Chambon restera un très bon souvenir, notamment les soirées chamallow au coin du feu et les promenades le long de la voie ferrée. Les jonquilles sauvages que j'avais prélevé sont toujours là dans mon jardin !

A ma famille,

On ne dit jamais assez aux gens qu'on les aime, c'est pourtant le meilleur remède de l'âme. Je vous aime tous.

A mes parents qui m'ont soutenue dans tous mes choix même si ça n'a pas toujours été facile pour eux. Vous m'avez permis de tenir bon depuis ce jour où j'ai décidé de franchir le cap de la reconversion ne sachant même pas comment j'arriverai au bout financièrement. Je pourrais écrire des kilomètres sur votre fierté, sur tous les moments de doutes et de désespoirs que vous m'avez aidé à traverser même depuis la Loire-Atlantique, ne serait-ce qu'en me faisant livrer les courses ! Je vous aime.

A ma tante et mon oncle Brigitte et Patrick et mes cousins : Florian dont je deviens consœur aujourd'hui, Mélodie et Marine ma filleule, qui m'ont accueillie chez eux quand je suis arrivée à Grenoble et qui m'ont permis de me ressourcer tous les week-ends ou presque pendant un bon moment. Vous êtes ma deuxième famille.

A mon Fred chéri, ancien maître de stage, (chose que je ne devrais peut-être pas dire mais il n'a détourné du droit chemin que moi !). Tu me soutiens, et ce n'est pas facile tous les jours, depuis 8 ans. D'abord pour l'ECN, puis pour traverser l'internat et enfin pour cette thèse. Tu ronges ton frein bien souvent, car nous avons rarement été d'accord sur la méthode pour le travail de cette thèse, mais tu

es toujours là pour me permettre de me reposer sur ton épaule. Tu m'as donné deux merveilleux enfants qui seront eux aussi plus que contents que je range mes livres et crayons ! Je t'aime.

A mes enfants, Cyrielle et Gabriel, trop petits pour se rendre compte de ce que cela représente comme aboutissement pour moi, vous avez hâte « que maman arrête de travailler pour être plus avec vous », vous avoir est un tel bonheur ! Ça n'aura pas été simple de mener ce travail tout en essayant d'être une maman « suffisamment bonne » pour vous. Vous m'avez indéniablement ralentie, mais je préfère avoir mis 3 ans pour boucler cette thèse et vous avoir eu près de moi.

A mes deux « petits » frères MacFly#1 (Seb) et MacFly#2 (Nico) qui sont fiers de moi et qui en profitent pour quelques conseils médicaux ! A mes belles-sœurs Oly et Melanjia que j'aime comme des sœurs belles.

A Véro, ma belle-sœur coté Mauris, qui a su m'apporter son soutien dans les moments où j'en avais besoin. Merci pour ton optimisme infailible.

A mes beaux-parents, merci de votre affection sans faille.

A mes neveux grands et petits, à qui je rappelle qu'il est interdit de m'appeler Tatan !!! Même Dr Tatan ça ne passera pas !!!

A ma cousine Laura, qui a commencé son internat de médecine générale en pleine crise de COVID, je te souhaite courage et persévérance.

A mes proches,

Au groupe de maison qui m'a portée quand j'en avais besoin, en particulier Norman pour les quelques discussions que nous avons eu et Bernadette pour son « double rôle ».

Aux copains d'avant et de maintenant, vous êtes dans mon cœur. Titi et Mané, Dam et Flavie, les copains de l'INH d'Angers (Capitale de la Planète !), les collègues d'EPURE, mes amis d'enfance : la Michel family team et Séverine.

Aux collègues et amies des Granges : Anne, Adélaïde, Carine, Marina, Laure, Ouafa, Aurélie, Rafik, Cheyenne, Emilie, Merci d'avoir absorbé mon mois d'absence pour terminer cette thèse, merci pour le chocolat thérapeutique, merci pour l'enrichissement médical. Hâte qu'on puisse se refaire un resto. Et à tous ceux que j'oublie sur ces pages... mais qui comptez pour moi...

Enfin, à mon chat Patapouf, boule de poils réconfortante qui m'accompagne depuis le P1 !

« Plus puissante est l'intelligence générale, plus grande est sa faculté de traiter les problèmes spéciaux »

Edgar Morin

Titre :

**Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé,
un outil d'aide à la coordination des Situations Complexes soins primaires :
Connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins
généralistes de Savoie**

- Enquête de pratiques professionnelles -

Nom des auteurs et affiliations :

Amélie MARTY-MAURIS, UFR de médecine, Université Grenoble Alpes

Mots-clés MESH :

Parcours de soins / de santé
Coordination des soins
Médecins généralistes
Médecine intégrative /intégrée
Gestion de cas
Situation complexe
Prise en charge patient-centrée

MESH terms:

Health / Care pathway
Care management/ care coordination
General practitioners
Integrative medicine
Case management
Complexity
Patient-centered care

Conflits d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt concernant ce travail, et déclarent n'avoir reçu aucun soutien financier, ni subvention publique ou privée, ni gratification.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
TABLE DES MATIÈRES	10
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	14
LISTE DES TABLEAUX	14
LISTE DES ANNEXES	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
RÉSUMÉ	17
ABSTRACT	19
INTRODUCTION	21
I. Les situations complexes.....	21
I.1. La notion de Complexité	21
I.2. Définition de Situation Complexe	21
I.3. Contexte historique.....	22
I.3.1. La transition épidémiologique et démographique	22
I.3.2. Un système de santé désadapté aux situations complexes	22
I.3.3. Des évolutions nécessaires	23
I.3.4. Les réponses apportées	23
II. Les Parcours : concrétisation de la réponse aux enjeux	25
II.1. Définition.....	25
II.2. Une priorité nationale.....	25
II.3. La coordination : pierre angulaire de l'organisation des parcours	26
II.3.1. Définition	26
II.3.2. La place du médecin généraliste.....	27
II.3.3. La rémunération	27
II.3.4. Les outils de la coordination des parcours	27
II.3.5. L'appui à la coordination	28
III. Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé.....	28
III.1. Définition.....	28

III.2. Déploiement.....	28
IV. Prise en charge des situations complexes en Savoie	29
V. Hypothèses et Objectifs	29
MATÉRIELS ET MÉTHODE	30
I. Le choix de la méthode	30
II. Contexte	30
III. Population	31
III.1. Critères d'inclusion.....	31
III.2. Critères d'exclusion	31
IV. Critères de jugement	31
V. Le recueil des données.....	31
VI. Précisions sur la terminologie.....	32
VII. Analyse des données.....	33
VIII. Analyse statistique	33
IX. Cadre légal.....	33
RÉSULTATS.....	34
I. Diagramme de flux	34
II. Caractéristiques de l'échantillon.....	34
III. Principaux résultats.....	35
III.1. Etat des lieux de la connaissance et de l'attractivité du PPCS.....	35
III.1.1. Un outil méconnu	35
III.1.2. Attractivité du PPCS	35
III.2. Un outil adapté aux besoins de terrain ?	41
III.2.1. Les situations complexes : une réalité	41
III.2.2. La place des MG de Savoie dans la coordination des soins et des parcours	42
III.2.3. Les MG de Savoie et l'exercice regroupé et/ou coordonné	42
III.2.4. Les besoins des MG de Savoie	43
III.2.5. Satisfaction des besoins.....	46
III.2.6. Solutions personnelles d'aide à la coordination.....	47

III.2.7. La rémunération	47
III.3. Place d'une structure d'appui à la coordination.....	47
III.3.1. Connaissance de la MRSS.....	47
III.3.2. Place dans l'aide à la coordination	47
III.3.3. Place dans la promotion du PPCS	48
III.3.4. Rôle dans le développement de l'utilisation du PPCS.	48
DISCUSSION	49
I. Validité interne : discussion de la méthode	49
I.1. Biais	49
I.2. Forces	49
I.3. Faiblesses	50
I.3.1. Manque de puissance statistique	50
I.3.2. Mode de recueil	50
II. Validité externe : synthèse, analyse critique et confrontation des principaux résultats aux objectifs et à la littérature	51
II.1. Le PPCS : un outil méconnu.....	51
II.2. Le PPCS : un outil qui se justifie	51
II.3. Coordonnateur : un rôle naturel et officiel du MG, reconnu par les MG de Savoie.....	52
II.4. Un besoin affirmé d'aide à La coordination.....	52
II.4.1. Un besoin global	52
II.4.2. Des besoins spécifiques forts et mal couverts.....	53
II.5. Un outil partiellement adapté et à potentiel de séduction	53
II.5.1. Des qualités et des défauts.....	53
II.5.2. Des préjugés sur le PPCS.....	54
II.5.3. Un outil qui couvre certains besoins.....	54
II.6. Objectifs secondaires	55
II.6.1. La nécessaire participation d'une structure d'appui à la coordination.....	55
II.6.2. Typologie des médecins.....	56
III. Apports de l'étude.....	58
III.1. De la place pour le PPCS.....	58

III.2. Le PPCS : un outil à améliorer	58
III.3. Quel rôle pour la MRSS en tant que DAC ?	58
III.3.1. Place du PPCS dans l'aide à la coordination	58
III.3.2. Communication et pédagogie.....	58
III.3.3. Un guichet unique.....	59
III.3.4. Partenariat avec les MG.....	59
III.4. De la place pour les « nouveaux métiers »	59
III.5. Le problème financier	60
III.6. L'exercice coordonné : une réponse efficace ?.....	60
IV. Perspectives	60
IV.1. Les leviers pour l'intégration du PPCS	60
IV.1.1. Améliorer la faisabilité.....	60
IV.1.2. Redéfinir le PPCS ?.....	61
IV.1.3. Rémunération des MG et financement des structures d'appui	61
IV.1.4. Mutation des pratiques	62
IV.1.5. L'accompagnement des médecins et autres professionnels.....	63
IV.1.6. Flexibilité et proximité du terrain.....	64
IV.2. Le PPCS : la confortation des soins primaires comme maillon incontournable du <i>continuum</i>	65
IV.3. Le repérage	65
IV.4. La PEC sur objectifs	65
IV.5. La formation des professionnels de santé et du social.....	66
CONCLUSION	67
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
TABLEAUX.....	77
ANNEXES.....	94
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	116

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1: MATRICE DE CERTITUDE ET DE CONSENSUS DE STACEY	21
FIGURE 2 : LES DIFFERENTES ECHELLES DE PARCOURS - MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE 2021.....	25
FIGURE 3 : POINTS FORTS DU PPCS.....	36
FIGURE 4: POINTS FAIBLES DU PPCS.....	39
FIGURE 5: FREINS A L'UTILISATION DU PPCS	39
FIGURE 6: CONTRIBUTION AUX SITUATIONS COMPLEXES PAR TRANCHES D'AGES	41
FIGURE 7 : BESOINS EN PRESTATIONS D'AIDE A LA COORDINATION	44
FIGURE 8 : BESOINS EN OUTILS D'AIDE A LA COORDINATION	44
FIGURE 9: COMPARAISON DES BESOINS EN PRESTATION UTILISATEURS – NON-UTILISATEURS DU PPCS	45
FIGURE 10 : COMPARAISON DES BESOINS EN OUTILS UTILISATEURS – NON-UTILISATEURS DU PPCS	45
FIGURE 11 : COUVERTURE DES BESOINS PRIORITAIRES EN PRESTATION. COMPARAISON UTILISATEURS – NON-UTILISATEURS DU PPCS.	54
FIGURE 12 : COUVERTURE DES BESOINS PRIORITAIRES EN PRESTATION. COMPARAISON UTILISATEURS – NON-UTILISATEURS DU PPCS.	55
FIGURE 13 : RAPPORT D'ACTIVITE 2018 DE LA MRSS – PROBLEMES DE SANTE ENTRAINANT DES DEMANDES D'APPUI.....	112
FIGURE 14 : RAPPORT D'ACTIVITE 2016 DE LA MRSS – MOTIFS DES DEMANDES D'APPUI (1 DEMANDE PEUT AVOIR PLUSIEURS MOTIFS) - DIFFICULTES	113

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	77
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SOURCE.....	79
TABLEAU 3 : RESULTATS - TABLEAUX DE FREQUENCES.....	80

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : E-MAIL D'INVITATION A PARTICIPER A L'ETUDE.....	94
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	96
ANNEXE 3 : DECOUPAGE TERRITORIAL DE L'APPUI A LA COORDINATION PAR LA MRSS EN SAVOIE.....	107
ANNEXE 4: MARGUERITE DES COMPETENCES DE MEDECINE GENERALE	108
ANNEXE 5 : DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE – WONCA 2002.....	109
ANNEXE 6 : ETAT DES LIEUX DES SC EN SAVOIE	110
ANNEXE 7 : PYRAMIDE DE KAISER PERMANENTE	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affectation longue durée

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARESPA : Association du réseau de santé de proximité et d'appui

ASALEE : Action de santé libérale en équipe (créé en 2004)

CDOM 73 : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Savoie

CIL : Correspondant Informatique et Liberté

CLIC : Centre local d'information et de coordination

COAC : Centre ostéoarticulaire des Cèdres

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CTA : Coordination territoriale d'appui

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination ou Dispositifs d'Appui à la population et aux professionnels pour la Coordination des parcours de santé complexes

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIU : Diplôme interuniversitaire

DMP : Dossier médical personnel puis Dossier médical partagé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENMR : Expérimentation de nouveaux modes de rémunération

ESP : Equipe de soins primaires

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir Assurance Maladie

HPST : Loi Hôpital, patients, santé, territoires

LIL : Loi informatique et liberté

LMNSS : Loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016)

OMS : Organisation mondiale de la santé

LOTSS : Loi d'Organisation et de transformation du système de santé (24 juillet 2019)

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer puis Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1er janvier 2016)

MEP : Médecin à exercice particulier

MI : Médecine intégrée ou intégrative

MG : Médecin généraliste

MRSS : Maison des Réseaux de Santé de Savoie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou Pluridisciplinaire

MT : Médecin traitant

NMR : Nouveaux modes de rémunération

NSN : Nombre de sujets nécessaire

PA : Personnes Agées

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PDS : Professionnels de santé

PEC : Prise en charge

PPCS : Plan personnalisé de coordination de santé

PPS : Plan personnalisé de santé

PRADO : Programme de retour à domicile

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RCP : Réunions de Coordination Pluriprofessionnelles/ Pluridisciplinaire

RGPD : Règlement général de protection des données

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SC : Situation complexe

SNS : Stratégie nationale de santé

UGA : Université de Grenoble Alpes

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Organisation mondiale des Médecins généralistes

**Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé,
un outil d'aide à la coordination des Situations Complexes en soins primaires :
Connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de Savoie
- Enquête de pratiques professionnelles -**

RÉSUMÉ

Introduction

Les patients en SC sont une problématique importante, liée à la transition épidémiologique et démographique, aux nombreux déterminants de santé et à la fragmentation du système sanitaire et social. leurs PEC nécessitent d'être globales, personnalisées, coordonnées, centrées sur le patient, intégrant les enjeux budgétaires et d'accès aux soins. Les parcours de santé coordonnés par le MT sont la réponse choisie par les pouvoirs publics. Un des outils est le PPS/PPCS, porté par la MRSS mais peu utilisé. Ce travail cherche à savoir si en Savoie, cela résulte d'une méconnaissance ou d'une inadaptation. Il étudie aussi la place de la MRSS.

Matériels et méthode

Une enquête de pratique professionnelle par enquête transversale observationnelle quantitative descriptive et analytique a été réalisée par questionnaires autoadministrés. 464 MG libéraux pratiquant la médecine générale ont été inclus, le NSN était de 202.

Résultats

63 réponses complètes ont été obtenues. Tous les MG rencontrent des SC (environ 25% de leurs patients) et ont des difficultés. Les plus de 60 ans sont fréquemment en cause. 95% des MG ont déjà coordonné une SC, sans outil pour 77% d'entre eux. 89% ont besoin d'aide et leurs besoins spécifiques ne sont pas couverts. Le PPCS est méconnu à 67%, il pourrait répondre au besoin des MG et faciliter la PEC des patients. Ses points d'inadaptation sont : la Chronophagie, un Surplus de travail, la Complexité administrative surajoutée et la Difficulté à réaliser les concertations. L'utilisation du PPCS en améliore certains. 87% des MG connaissent la MRSS. Elle est le principal vecteur d'information. 70% des MG n'utiliseraient pas seul le PPCS, mais 86 % l'utiliseraient avec la MRSS. La rémunération est problématique pour 90%.

Discussion

Les résultats manquent de puissance mais sont cohérents avec la littérature concernant les SC, les personnes concernées, leur volume et leur augmentation pressentie. Le PPCS est le seul outil généraliste, il a un potentiel attractif mais est méconnu ou entaché de préjugés. La MRSS doit fournir un appui durable et renforcer sa communication en ciblant les jeunes installés, les hommes, les zones rurales et cabinets individuels.

Conclusion et perspectives :

Les SC seront de plus en plus fréquentes. Le système sanitaire doit se réinventer. Pour être viable le PPCS doit être amélioré et fonctionner avec le couple MG-DAC. Au-delà d'un outil, il devrait formaliser les PEC coordonnées quelles que soient leurs complexités et être un « langage commun » pour pouvoir être universel. La mutation des pratiques vers un exercice coordonné peut être une réponse aux enjeux, les soins primaires y ont un rôle majeur. Elle doit être accompagnée.

Mots-clés : Situation complexe, Plan personnalisé de santé (PPCS), coordination des soins, parcours de santé, soins primaires

The French “Health coordination personal plan”
 (“Plan Personnalisé de Coordination en Santé »)
 A coordination tool for complex cases in primary care:
 Knowledge, matching to needs and GP’s daily practice in Savoie.

- Professional practice survey -

ABSTRACT

Background

Complexity in health care is an important issue linked to epidemiological and demographic Transition, to health components and to the French social and health care system fragmentation. It needs global, personalized, coordinated and patient-centered approaches which take into account both economic and care access issues. Health pathways coordinated by GPs is the response chosen by the authorities. One of its tools is PPCS supported by MRSS but which is not widely used. This study aims at discovering whether it is due to lack of knowledge or due to inadaptation. It also examines the role of MRSS.

Method

It is a professional practices study led by a descriptive and analytic transversal observational and quantitative method. A self-answered questionnaire was sent to 424 liberal GPs involved in general practice. 202 answers were necessary.

Results

63 full answers have been collected. Every GP deals with complexity and encounter difficulties. About 25% of their patients are in complex situation. People aged above 60 are more likely to be in such situations. 95% of GPs have already been involved in coordination but without any helpful tool for 77% of them. 89% need help and their specific needs are not met. PPCS is unknown by 67% of GPs but could meet some needs and be helpful in patients care. It is not adapted because it is time-consuming, creating extra administrative complexity, and meetings are difficult to achieve. PPCS use can improve some of these matters. 87% of GPs know MRSS. It’s the main mean of communication. 70% of GPs wouldn’t use PPCS on their own but 86% of GPs would be willing with the support of MRSS. Financial outcome is a problem for 90% of GPs.

Discussion

Despite the lack of statistical power, the results are consistent with literature regarding type of persons, their amount, and their foreseen increase. PPCS is the only global coordination tool, it could be appealing but is not well-known and marred by prejudices. MRSS must give long-term support and to reinforce communication targeting newly settled GPs, men, rural areas, and individual practices.

Conclusion and prospects

Complexity in health care will increase consequentially. Our Health care system must change. To be sustainable, PPCS must be improved and must be considered with the couple GP-coordination support device “DAC”. It shouldn’t be a mere tool, it should be set for every case that needs coordinated acts whatever its complexity level and should actually be a “shared language” for all these cases. Professional changes toward coordinated practices can be a way to achieve goals, primary care is widely involved. Changes have to be supported.

Keywords : : complexity, PPCS, care coordination, health pathway, primary care

INTRODUCTION

La problématique des patients en Situation Complexe (SC) est grandissante, en particulier en médecine générale qui a toujours été en première ligne des soins. De ce fait, dans ces situations, le médecin généraliste (MG) est au carrefour des multiples interactions. Un outil existe pour la coordination de ces interactions et pour la gestion dans le temps et l'espace de ces patients : le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), il est l'objet de cette étude.

I. LES SITUATIONS COMPLEXES

I.1. LA NOTION DE COMPLEXITE

Complexité vient du latin *complexus* : ce qui est tissé ensemble, dans un enchevêtrement d'entrelacements (plexus). Edgar Morin [1], [2] a montré que la complexité était liée au **grand nombre d'interactions** entre un grand nombre d'éléments. Ces interactions génèrent des **comportements peu prévisibles**, émergents, incertains qui sont **source de difficultés**. Pour les amoindrir, il faut considérer l'ensemble des éléments et de leurs interactions comme un Tout indivisible bien que constitué d'éléments distincts. « Complexe » est différent de « Compliqué » : « Dans une situation compliquée, il existe de multiples paramètres, mais leurs interactions sont anticipées et leurs dynamiques connues : **il n'existe pas d'aléatoire.** » [3].

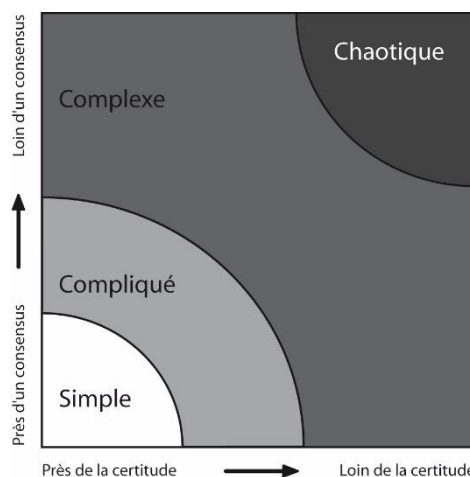


Figure 1: Matrice de certitude et de consensus de Stacey

La notion de complexité a peu à peu été intégrée au domaine de la santé au fur et à mesure que le profil des patients évoluait. En Santé, « cinq grandes dimensions de la complexité peuvent être isolées dans la littérature : **la santé physique, la santé mentale, les caractéristiques démographiques, le capital social, l'expérience en matière de santé et sociale** » [4].

I.2. DEFINITION DE SITUATION COMPLEXE

Les différentes définitions trouvées dans la littérature rapportent de façon assez consensuelle qu'il s'agit pour un patient, d'une situation résultant de difficultés **médicales**, et/ou **sociales** et/ou **psychologiques** et/ou **environnementales** (entourage, mode de vie, ...), faisant intervenir de nombreux acteurs et entraînant une rupture du *continuum* qui peut être très délétère [5], [6],[7].

Nous garderons la définition de la Haute autorité de santé (HAS) : « situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient,

voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours » [7]. Une SC, au-delà de la théorie, peut aussi correspondre au ressenti du médecin, du soignant ou du travailleur social face à la situation d'un patient. Dans ces situations, « la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, **ni de routine, ni standards** » [4], les prises en charge (PEC) doivent être **personnalisées**. Ceci appelle nécessairement à la **concertation** et à la **coordination** entre acteurs.

La SC apparaît donc soit en raison de **difficultés intrinsèques** d'une problématique (médicale ou psychologique ou sociale...) et/ou de **difficultés extrinsèques** liées aux interactions des intervenants ou des différentes problématiques pouvant être individuellement simples mais générant de la complexité une fois combinées.

I.3. CONTEXTE HISTORIQUE

I.3.1. La transition épidémiologique et démographique

A l'origine du développement des SC il y a une « Transition Epidémiologique et Démographique » (Notestein, 1945) qui est à l'œuvre depuis le XVIIIe siècle [5], [8] et qui s'accélère actuellement. Cela correspond d'une part, à **l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques**¹ avec une tendance à la cumulation plus l'âge avance (polypathologie) [5], [9]. « Le nombre de patients chroniques représenterait environ la moitié des patients vus en médecine générale » [5]. D'autre part, mais avec un moindre impact, **l'espérance de vie augmente** (causes plurifactorielles) sur fond de **vieillesse globale de la population** [9], [10]. Enfin depuis les années 2000, l'espérance de vie avec incapacité a augmenté [9], [11].

Ainsi **la majorité des personnes en SC sont des personnes âgées polypathologiques chroniques plus ou moins dépendantes** [9]. Les besoins et attentes de ces malades chroniques se sont multipliés et complexifiés, ils requièrent une PEC globale, continue et multidimensionnelle à travers une activité de coordination des soins accrue [12], [13]. **Le travail des MG s'est donc lui aussi élargi et complexifié** [13].

I.3.2. Un système de santé désadapté aux situations complexes

Notre système de santé était historiquement conçu pour gérer des problèmes aigus [14], distincts les uns des autres. Il s'est aussi construit de façon fragmentée et hospitalo-centrée et est donc peu adapté pour gérer ces patients [15]. De plus cette organisation a favorisé l'explosion des dépenses de santé [15]. En 2016, 16 % des assurés du régime général étaient en Affectation longue durée (ALD),

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé définit une **maladie chronique comme une affection de longue durée (de 6 mois ou plus)**. Pour le Haut Conseil de la Santé Publique, une maladie chronique est un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive appelé à durer avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient.

représentant 57 % des dépenses de santé, et elles augmentent avec le cumul de pathologies [14]. De même le recours à l'hospitalisation (souvent non nécessaire) engendre un surcoût de plusieurs milliards selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) [10]. Dans tous les pays industrialisés on observe la même situation [15,] [16], [17].

I.3.3. Des évolutions nécessaires

Face à la complexité institutionnelle de notre système de santé, l'explosion des dépenses de santé et la complexité médico-psycho-sociale liée au nouveau profil des patients, des changements s'imposaient.

En France, ce besoin de repenser le système de santé existe depuis les années 1970. Dès 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lors de la Déclaration d'Alma-Ata a appelé à des **soins primaires intégrés** comme réponse aux changements en cours [18], [19]. Dans le même temps, les travaux d'Engel [20] sur la PEC « holistique » selon le « **modèle Bio-psycho-social** » ont influencé les choix des pouvoirs publics de s'orienter vers une « approche globale » afin de résoudre l'équation « amélioration de la santé, limitation des coûts, réadaptation du système de santé ».

Les trois enjeux majeurs sont donc **maitrise des dépenses de santé, coordination des soins et accès aux soins** [21].

I.3.4. Les réponses apportées

1.3.4.1. Les réseaux de soins et autres dispositifs

Dans ce contexte, différents Dispositifs ont vu le jour au fil du temps. Dans les années 1980, les premiers **Réseaux de Soins** se sont développés à l'initiative des professionnels de santé (PDS). Ils étaient monothématiques. Soutenus par les politiques, leur nombre a explosé mais en restant cloisonnés, plus ou moins redondants [22]. En parallèle les Centre locaux d'information et de coordination (CLIC), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer² (MAIA) et Equipes mobiles de gériatrie notamment, se sont multipliés en restant eux aussi centrés sur leurs thématiques [22]. Le constat a été décevant au vu de l'investissement public car ces dispositifs n'avaient pas permis de lutter contre la fragmentation du système et l'avaient même renforcée en empilant des solutions comme dans un mille-feuille, noyant la lisibilité [5], [23], [24].

A partir 2012 une volonté de transversalité et de simplification a émergé avec le « Guide méthodologique – Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) [5]. Il donne des recommandations pour améliorer la coordination entre les acteurs de l'offre de soins, fait apparaître la notion de « **patient en situation**

² Puis méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1er janvier 2016

complexe ». Une réorganisation de ces dispositifs a débuté [5], et aujourd’hui conformément aux choix politiques, ils tendent vers la fusion pour simplifier et décloisonner le paysage sanitaire et social. Les effets sont attendus à moyen et long terme et se font faiblement sentir pour le moment.

1.3.4.2. La médecine intégrée : une nouvelle vision du soin

Le concept de **Médecine intégrée ou intégrative** (MI), existant en Amérique du Nord depuis les années 1970, est apparu en France dans les années 1990 [25], [26]. Moins interventionniste, plus proactive et accompagnante, luttant contre l’hospitalo-centrisme, le cloisonnement et la fragmentation en créant du lien et en améliorant la continuité des interventions; on en espérait **des vertus cliniques, humaines, sociales et budgétaires** pouvant répondre aux grands enjeux [12]. Elle s’inscrivait dans le modèle de *New Public Management* favorisant les **organisations locales, autonomes et directes** ainsi que les innovations et initiatives de terrain dans une recherche **d’efficacité globale** [12]. L’intégration consiste à mettre en place un **ensemble d’outils organisationnels, gestionnaires et cliniques communs**.

En France le choix a été fait d’une **Médecine intégrée intensive et à long terme**, inspirée du modèle PRISMA³ au Canada [27]. Il propose une approche globale multidisciplinaire et **centrée sur le patient**⁴ [28], [29], fonctionnant en **logique de Parcours**. Cette approche vise une amélioration globale de la santé au sens de l’OMS⁵ et met l’accent sur la prévention, la qualité et la continuité des soins et le maintien à domicile [4].

Ces approches intégratives, en créant une **nouvelle échelle d’action**, ni centralisée, ni individuelle mais en groupe autour d’une personne, ont fait **de la place pour la structuration des acteurs**. Ainsi le *Case management*⁶ ou Gestion de Cas est largement adopté à travers le monde et a montré son efficacité notamment pour réduire les hospitalisations inutiles [30], [31]. La gestion de cas est apparue en France à partir de 2008 sous l’impulsion du plan national Alzheimer (2008-2012) à travers les Maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades Alzheimer⁷ (MAIA). C’était un champ professionnel nouveau, à l’interface des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

³ « Projet et recherches sur l’intégration des services pour le maintien de l’autonomie », d’abord développé puis validé au Québec. Ce modèle repose sur l’implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d’un outil d’évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan de services individualisé et un système de partage d’information.

⁴ Concept développé à partir des travaux de Balint en 1957 puis de Stewart en 1995.

⁵ : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité » préambule de la constitution de l’OMS – 1946.

⁶ Ses missions sont d’évaluer les besoins d’une personne malade afin de planifier et de coordonner la mise en place des services répondant à ses besoins globaux de santé. Ils s’efforcent d’améliorer la qualité et l’efficacité des soins [4]. Cette fonction est apparue aux États-Unis dans les années 1970.

⁷ Puis méthode d’action pour l’intégration des services d’aide et de soin dans le champ de l’autonomie avec la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1er janvier 2016

II. LES PARCOURS : CONCRETISATION DE LA REPONSE AUX ENJEUX

« Les deux défis, soignant et financier se rejoignent (...) sur la question du « parcours » de soins » [33]. Ainsi les parcours de soins coordonnés ont été mis en place par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 et avec eux les notions de médecin traitant (MT) et de Dossier médical personnel (DMP). A partir de cette date les politiques de santé ont progressivement affiné la notion de parcours : le parcours de soins est devenu parcours de Santé voire de Vie [32].

L'important n'est plus d'allonger la durée de la vie mais bien **d'améliorer la qualité de vie** des personnes âgées vieillissantes [11]. La question de l'autonomie est primordiale pour les pouvoirs publics. Son poids financier à venir est bien perçu, comme en témoigne la création d'un nouveau risque et d'une 5e branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie par la loi du 07 août 2020.

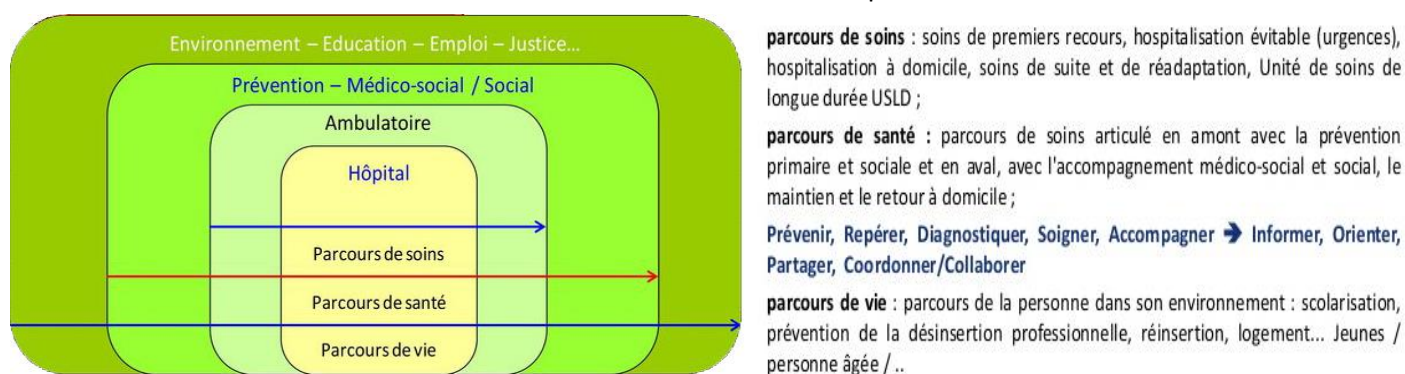


Figure 2 : Les différentes échelles de parcours - Ministère de la Santé et des Solidarité 2021

II.1. DEFINITION

Les parcours tendent à permettre plus de globalité, de transversalité et de fluidité dans les PEC. Ils intègrent la **prévention**, le **soin** et l'**accompagnement**. Ils ont pour objet de rendre plus pertinentes, efficaces les interventions des différents professionnels et structures afin de délivrer les « **bons services par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment en minimisant l'occurrence de ruptures ou d'hospitalisation, tout en assurant une meilleure qualité de vie aux patients et à leurs proches** » [34], [35], notamment par le maintien à domicile que souhaitent la plupart des personnes âgées [36]. Tout ceci **au meilleur coût**, tout au long de la maladie du patient, dans son bassin de vie, en prenant mieux en compte ses choix, et intégrant tous les déterminants de la santé [37]. Selon le ministère de la Santé « ce ne sont plus [les patients] qui doivent s'adapter au système de santé mais au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins » dans leur bassin de vie. Ceci est la traduction de la médecine intégrative à long terme.

II.2. UNE PRIORITE NATIONALE

L'organisation en parcours est devenue prioritaire dans les politiques publiques à partir de 2013 à travers la Stratégie Nationale de Santé (SNS) [38]. Le parcours de Soins devient parcours de Santé. La Loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) de 2016 a officialisé et défini « **le parcours de santé 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 ». Elle définit la **coordination comme un enjeu majeur**. Elle favorise la transversalité des structures. Afin de promouvoir l'exercice coordonné, dans la continuité du principe de « soins de premiers recours » créé par la loi « Hôpital patients santé territoire » (HPST) de 2009, elle crée les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Equipes de soins primaires (ESP)⁸. Elle promeut l'utilisation **d'outils de coordination et de continuité** ainsi que la télémédecine.

Enfin la SNS 2018-2022 « Ma Santé 2022 » poursuit dans la réorganisation de l'offre de soins par la médecine intégrée et les parcours de santé coordonnés. La loi du 24/07/2019 relative à l'organisation et à la transformation du système santé (LOTSS) incite à la simplification, au décloisonnement et insiste sur l'importance des dynamiques et des gouvernances locales notamment par les MG, pour la constitution et le fonctionnement des Dispositifs d'Appui à la Coordination⁹ (DAC) qui ont entre autre vocation à faire fusionner les dispositifs d'aide à la coordination existants en une structure unique.

II.3. LA COORDINATION : PIERRE ANGULAIRE DE L'ORGANISATION DES PARCOURS

La PEC globale et multidisciplinaire qu'implique le fonctionnement en parcours nécessite une coordination dans **le temps et l'espace** de tous les acteurs, en particuliers aux interfaces (ville-hôpital-établissement médico-social), (Ministère de la santé 2019).

II.3.1. Définition

De façon générale, « la coordination vise, premièrement à s'assurer que tous les **moyens nécessaires** à l'atteinte des buts sont disponibles. Deuxièmement, que **l'accès aux biens et services** est garanti et, troisièmement, que les différentes composantes en présence **interagissent harmonieusement**, au cours du temps » [39].

Dans le domaine de la santé, il s'agit d'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** » [5]. Elle doit aussi permettre de décloisonner le système de santé et de faire se rejoindre autour du patient les secteurs médicaux hospitaliers et de ville, les secteurs médico-sociaux, sociaux et paramédicaux.

⁸ ESP : un mode d'organisation coordonné avec au moins un MG, conçu par des PDS qui souhaitent améliorer les parcours de santé de leurs patients. Elles se situent à l'échelle de la patientèle.

CPTS : mode d'organisation qui permet aux PDS de se structurer et de mieux se coordonner sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun, conçu par des professionnels de santé. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle. Les Pôles de santé deviennent des CPTS.

⁹ Ils viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux de leur territoire faisant face à des situations complexes. Ils sont pilotés par les PDS. Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, pour tout type de patient et tout type la complexité Les DAC peuvent aussi répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants.

II.3.2. La place du médecin généraliste

Pour répondre à cette logique de parcours et de MI, les politiques de santé ont également fait évoluer le rôle du MG : de médecin de famille à médecin référent en 1997 puis médecin traitant (MT), avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont on retrouve toutes les dimensions dans la définition européenne de la médecine générale – médecine de famille de 2002 par la WONCA (Annexe 5). En France, le choix a été fait de confier au MG **le rôle central de coordonner les parcours** faisant de lui le garant de l'accès aux soins mais aussi leur régulateur [5], [40]. Déclaré comme pivot en 2004, réaffirmé en 2009 par la loi HPST, les rôles du MG sont officiellement étendus avec la LMNSS de 2016. Elle entérine que le MT doit « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » qui comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, l'éducation pour la santé. De même, le Code de santé publique (article L.4130-1) indique que le MT doit « orienter ses patients selon leurs besoins » et « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ».

La coordination est la pierre angulaire de la notion de Parcours et le MT est celui qui cimente le tout.

II.3.3. La rémunération

Le mode de rémunération à l'acte n'est pas adapté à ces nouvelles missions. Ainsi depuis 2008 des expérimentations de Nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont lieu, ils sont entrés dans le cadre conventionnel depuis 2015 et pérennisés en 2017. Cette dynamique s'accélère avec le plan « Ma Santé 2022 », et d'autres ENMR sont en cours. On cherche à ajouter une part de rémunération forfaitaire dont on pense qu'elle peut favoriser l'exercice coordonné et ainsi la qualité et la pertinence des soins. Les Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) sont apparues en 2009 dans ce contexte. Actuellement ces missions sont essentiellement valorisées en appartenant à une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), une ESP, une CPTS.

II.3.4. Les outils de la coordination des parcours

Des outils « universels » d'aide à la coordination à l'usage des médecins existent : DMP, Courriers de liaison hôpital-ville, messageries sécurisées. Ces outils sont surtout centrés sur la complexité médicale et intègrent peu voire pas les autres dimensions. La transversalité est alors tronquée et ils entretiennent malgré eux le cloisonnement des PEC. Des efforts sont faits et la HAS propose de plus en plus d'outils transversaux avec par exemple une fiche « sortie d'hospitalisation », « PEC du patient âgé polyopathologique et polymédiqué ». La véritable avancée est le Plan Personnalisé de santé (PPS) conçu en 2013 pour l'expérimentation Personnes Agées à Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il était le 1^{er} outil de **gestion et planification**, une innovation en santé.

II.3.5. L'appui à la coordination

Il est souvent difficile au MG remplir seul cette mission de coordination dans les SC. A partir de 2012, La notion d'appui à la coordination a été développée et ses fonctions définies dans le guide de la DGOS [5] et la LMNSS [41]. L'orientation politique de santé était de « repositionner les réseaux de santé et les mutualiser », différents outils et structures ont donc été créés ou réorganisés au fil des ans et des politiques de santé ; des expérimentations à l'initiative des PDS ont ainsi été permises avec la LMNSS. Les fonctions d'appui doivent permettre plus de transversalité et rendre plus lisibles les ressources territoriales. La LMNSS a instauré pour cela les Plateformes territoriales d'appui¹⁰ (PTA). La LOTSS renforce ces orientations. Elle officialise les DAC et leur vocation à faire fusionner les différents dispositifs (dont les PTA) pour constituer un **guichet unique** (concept issu de la MI) pour les professionnels et les usagers.

III. LE PLAN PERSONNALISE DE COORDINATION EN SANTE

III.1. DEFINITION

Pour homogénéiser la coordination des SC, la HAS a proposé en 2013 **un cadre de référence** d'après le guide de la DGOS de 2012: **Le Plan personnalisé de santé** (PPS) [5], défini comme un outil de coordination et de planification générique, pour l'ensemble des acteurs, formalisant leurs rôles, personnalisant les PEC complexes en intégrant à égale importance les dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale (entourage, accès aux soins, conditions de vie, ...). Il est **co-construit** par les professionnels et l'utilisateur avec l'aide possible d'une structure d'appui à la coordination [42]. Il est synthétisé sous forme d'un **document partagé**. Dans sa version initiale, il visait à améliorer le parcours de santé de l'utilisateur de 75 ans et plus. Il devait permettre de favoriser le développement d'une culture de la coordination, de matérialiser les bonnes pratiques collectives autour des SC et d'encourager leur diffusion [43].

III.2. DEPLOIEMENT

Le PPS a été créé pour l'expérimentation du parcours Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), dédié aux plus de 75 ans, qui a eu lieu sur quelques territoires entre 2013 et 2019. En dehors de ce cadre, son utilisation était préconisée par la HAS pour prendre en charge les personnes âgées polypathologiques ou fragiles en soins primaires. Grace à des résultats encourageants, en 2016 il a été généralisé à tout type de patients [44]. Il est devenu le PPCS en 2019 avec la LOTSS. Les MG de premier recours étant les pivots de la coordination des parcours, particulièrement susceptibles d'être confrontés à des SC, cet outil s'adresse donc en premier lieu à eux.

¹⁰ La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est un dispositif à destination des professionnels de santé permettant de les accompagner lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe.

IV. PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES EN SAVOIE

la Maison des réseaux de santé de Savoie (MRSS) est une association créée en 2005 afin d'assurer la gestion administrative et financière des réseaux de santé. Elle a ensuite évolué vers un réseau polyvalent, piloté par des soignants, s'appuyant sur les dynamiques locales et apportant depuis 2015 un appui à la coordination (informer, conseiller, orienter), notamment à travers le PPS/PPCS.

Même si la MRSS propose une co-construction des PPS/PPCS et un suivi initial, cet outil reste marginal puisque seulement 11 PPS ont été réalisés en 2016 (sur 159 demandes d'appui) et 53 en 2019 (sur 236 demandes d'appui). Les MG ne sont à l'origine que de 20% des PPS/PPCS, soit 10 MG en 2019 [45]. En 2017, le mémoire du Diplôme inter-universitaire (DIU) « Construction et coordination des parcours de santé » d'une Référente de Proximité¹¹ de la MRSS « Entre théorie et pratique, quelle est la réalité de la co-construction du PPS pour un réseau de santé ? » s'est intéressé aux retours d'expérience de plusieurs réseaux de santé concernant l'élaboration du PPS [46]. Il n'a pris en compte que le point de vue des coordonnateurs d'appuis. Quelques constats ont émergé : le PPS/PPCS semble méconnu des MG. Il demande de consacrer un temps de réflexion initial qui apparaît comme une charge de travail supplémentaire. L'évolution des pratiques est une dynamique lente.

V. HYPOTHESES ET OBJECTIFS

Il n'y a à notre connaissance que quelques thèses d'exercice de médecine générale [47], [48], [49], [50], [51] et le Bilan de l'expérimentation PAERPA [52] qui se sont intéressés au point de vue des MG sur le PPCS. Ces thèses ont porté sur d'autres territoires que la Savoie et en Savoie il n'y a pas eu d'expérimentation PAERPA. Cette étude se place du point de vue des MG de Savoie, et cherche à **comprendre la faible utilisation par ces MG d'un outil qui paraît intéressant** et qui est porté par une structure d'appui à la coordination : la MRSS. Ce travail étudie donc implicitement la mutation des pratiques professionnelles dans un contexte où une part croissante de la patientèle se complexifie et pour laquelle une prise en charge coordonnée apparaît de plus en plus indispensable. Cette mutation est portée par la SNS 2018-2022 « Ma Santé 2022 » dont une des lignes directrices est « Demain la médecine de ville s'organise mieux et les professionnels travaillent ensemble ».

Deux hypothèses ont émergé : **la méconnaissance** de cet outil d'une part et un outil peu attractif, **mal adapté** à la pratique courante et au besoin des MG d'autre part. Cette étude cherche donc d'abord à évaluer le **niveau de connaissance du PPCS**. Ensuite pour évaluer son **attractivité et son adaptation** il a été nécessaire d'explorer préalablement **l'existence d'un besoin d'aide à la coordination**. Les objectifs secondaires étaient d'identifier une typologie de médecins qui ont connaissance de cet outil et ceux l'utilisant, ceux qui ont des difficultés et la place de la MRSS dans la promotion de cet outil ainsi que la satisfaction quant à ses prestations dans le domaine.

¹¹ Maintenant « coordonnatrice d'appui » qu'on pourrait aussi appeler Gestionnaire de cas

MATÉRIELS ET MÉTHODE

I. LE CHOIX DE LA METHODE

Pour répondre à l'objectif principal, vérifier les hypothèses et éventuellement comprendre puis expliquer les faits, nous avons mené une étude transversale observationnelle quantitative de type descriptive et analytique sous la forme d'une enquête de pratiques professionnelles. Elle a recueilli des données qualitatives par questionnaires auto-administrés. Le questionnaire est une méthode de choix pour une enquête de pratiques professionnelles [53]. Le design de l'étude était basé sur la Grille STROBE : *Observational studies (Equator Network)*. Ce sujet étant peu investigué, il a paru pertinent de concevoir un questionnaire l'explorant largement et globalement, permettant une première approche et possiblement la mise en évidence d'aspects qu'il serait plus particulièrement intéressant d'étudier.

II. CONTEXTE

L'étude portait sur le département de la Savoie (73), territoire sur lequel s'étend l'action de la MRSS. Avant la création du PPS/PPCS, la MRSS utilisait ses propres outils d'aide à la coordination pour différents niveaux de complexité : les « Réunions de Coordination Pluriprofessionnelles » (RCP) pour les cas les plus complexes, les Visites à domicile, Les Evaluations partagées, les Tableaux des intervenants, la Mise en relation entre acteurs, la fonction de Tierce personne dans certaines situations, des Temps de coordination avec les principaux acteurs autour d'une problématique médicale, sociale [45], ... Les RCP sont un temps de concertation entre tous les acteurs autour d'une SC pour l'analyser, en extraire de façon consensuelle et en concertation avec le patient, les problématiques principales et priorités, et enfin pour identifier les rôles et champs d'action de chacun. La RCP recouvre donc en partie les fonctions du PPCS sauf la mise en œuvre d'un plan d'actions - réévaluations c'est-à-dire une **planification**. Les actions d'aide à la coordination sont orchestrées par les coordonnatrices d'appui de la MRSS, elles sont réparties sur le département selon une logique d'entités territoriales (Annexe 3).

Ce travail étudie le point de vue des MG sur le PPCS. Le département est plutôt bien pourvu en MG par rapport au reste de la région : en 2016, il y avait 98 MG pour 100 000 habitants (soit 1024 patients par MG), densité la plus forte de la région dont la moyenne est à 79/100 000 (densité nationale au 01-01-2020 : 124/100 000 [54]). Mais comme dans tout le pays la densité médicale baisse. En 2010 la densité nationale de MG était de 141,2/100 000. Entre 2010 et 2020 la densité médicale a baissé de 2,9% en Auvergne Rhône Alpes (ARA) (moyenne nationale : -3.56%) [54]. La pression en demande de soins exercée sur les soignants s'accroît, pour y répondre un des axes est l'optimisation des ressources, la rééquilibrage des tâches du MG en faveur du temps médical.

En Savoie, il n'y a pas eu de territoire d'expérimentation PAERPA, il y a une CPTS validée et huit autres en projet, il y a vingt MSP, pas d'ESP.

III. POPULATION

La population d'intérêt était constituée des MG libéraux exerçant en Savoie.

III.1. CRITERES D'INCLUSION

Tous les MG du département de la Savoie (73) enregistrés en exercice libéral au 01/01/2020 sur l'Annuaire des médecins ont été inclus [55].

III.2. CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus les MG n'étant pas omnipraticiens en soins primaires. C'est-à-dire ceux identifiés comme Médecin à Exercice Particulier (MEP) exclusif (allergologue, angiologue, homéopathe, acupuncteur...), retraités après le 01/01/2020 ou au moment du recueil, les cabinets fermés pour au moins 6 mois, les urgentistes, les hospitaliers ou cliniciens exclusifs, les remplaçants, les MG non thésés, les MG n'utilisant pas d'adresse électronique, la Directrice de cette thèse.

Au total 424 MG ont été retenus. Il est probable que soient restés dans la liste finale des médecins ne remplissant pas les critères d'inclusion faute de source de données permettant de connaître exactement le type d'exercice de chacun. Le questionnaire précisait les critères d'exclusion pour pallier ce problème.

Le nombre de sujets nécessaires (NSN) a été calculé par SurveyMonkey® avec un niveau de confiance à 95% (IC 95%), une marge d'erreur de 5%. Il était de 202, soit 47% de la population d'intérêt. La taille de la population permettait de ne pas échantillonner. La population sondée correspondait alors à la population d'intérêt.

IV. CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était la connaissance et l'attractivité/adaptation du PPCS.

Les critères de jugement secondaires étaient l'existence de besoins en aide à la coordination, le niveau d'attractivité du PPCS en cas de méconnaissance et l'importance du rôle de la MRSS.

V. LE RECUEIL DES DONNEES

Un questionnaire a été élaboré (Annexe 2), relu et approuvé par la MRSS et testé auprès d'un MG d'Isère (38). Il a été conçu sur la base d'une revue non exhaustive de la littérature et d'entretiens informels auprès de quelques MG.

Il comporte 5 parties, les questions étaient presque exclusivement fermées :

1^e partie : « Complexité et coordination ». Elle avait pour but de vérifier l'existence de SC et le positionnement des MG face au rôle de coordination. Le but n'étant pas d'explorer la perception des notions de SC en Santé et de Coordination en santé, des définitions ont été proposées pour permettre une comparaison de réponses basées sur un socle commun.

2^e partie : « Connaissance du PPCS » : Cette partie permettait de répondre à la première partie de l'objectif principal.

3^e partie : « Attractivité et adaptation du PPCS à la pratique courante ». Avant de commencer cette partie, afin que tous puissent répondre, il y avait une explication se voulant claire et synthétique du PPCS ainsi qu'un exemple concret anonymisé réalisé par la MRSS. Cette partie permettait de répondre à la deuxième section de l'objectif principal en repérant les points forts et les points faibles du PPCS à l'aide de listes à choix multiples, des réponses libres étaient possibles.

4^e partie : « Vos besoins en matière d'aide à la coordination ». Après avoir pu réfléchir sur le sujet en répondant aux parties précédentes, cette section recensait des besoins généraux en matière d'aide à la coordination et leur niveau de couverture à l'aide d'une liste à choix multiples, des réponses libres étaient possibles. Cette partie permettait aussi de comparer les besoins et leur couverture entre utilisateurs et non-utilisateur du PPCS pour mettre en lumière les avantages de cet outil.

5^e partie : « Renseignements généraux » : Elle recueillait les données sociodémographiques personnelles et professionnelles.

Des questions portant sur la MRSS étaient réparties dans les 4 premières parties.

Les réponses étaient soit binaires « Oui », « Non », et parfois « Sans opinion » soit sous forme d'échelles de Likert à 4 niveaux en général, ne proposant pas de réponse intermédiaire ou neutre pour « forcer » à se positionner.

Le questionnaire a été créé sous forme numérique sur la plateforme LimeSurvey® pour être diffusé par courriel et auto-administré. Il a été adressé via différents canaux : la MRSS, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Savoie (CDOM 73) et le Centre ostéoarticulaire des Cèdres (COAC) à Echirolles, Isère. Il y a eu 3 relances. Le courriel contenait les informations explicatives et légales de l'étude ainsi qu'un lien pour accéder au questionnaire. Le questionnaire a aussi été diffusé via les réseaux sociaux sur des groupes de médecins de la région. Le recueil s'est déroulé du 16 juin au 02 août 2020.

VI. PRECISIONS SUR LA TERMINOLOGIE

On entend par "Secteur d'exercice" le secteur conventionnel d'assurance maladie ; par « Mode d'exercice » le fait d'exercer en cabinet individuel, de groupe hors MSP et en MSP ; par « Type d'exercice » la perception de l'exercice comme Urbain, Rural ou intermédiaire (Semi Rural/Semi urbain) ; par « Zone d'exercice » la classification de la commune par l'INSEE en zone Rurale ou Urbaine.

On entend par « Suradministration » ou « Complexité administrative » le rajout de formalités, de documents administratifs nouveaux à produire, la complexité de la mise en œuvre des certaines prestations ; et par « Travail « administratif » peu compatible avec l'exercice libéral et son mode de rémunération » le rajout de temps à consacrer à la réalisation des activités de coordination, hors consultation.

VII. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été pseudonymisées car elles étaient indirectement identifiantes. Le recueil était quantitatif, les variables étaient qualitatives binaires ou ordinales. Les données ont été analysées par statistiques descriptives puis analytiques pour rechercher des corrélations entre les résultats descriptifs.

VIII. ANALYSE STATISTIQUE

Les données pseudonymisées ont été extraites vers un tableur Microsoft Excel® et analysées par un biostatisticien professionnel avec le logiciel R en statistique descriptive (fréquences, moyennes, médianes) et analytique (analyses bivariées, analyse en composante principale).

Les variables étant qualitatives, leur lien statistique a été estimé en analyse bivariée soit par un test de Khi2, soit lorsque cela n'était pas possible à cause de la taille de l'échantillon, par un test exact de Fisher. Une analyse en composante principale a également été réalisée.

Les réponses par échelles de Likert ont été analysées avec regroupement des items pour obtenir une réponse binaire (exemple : « Très fréquemment » avec « Fréquemment » et « Rarement » avec « Jamais ») et sans regroupement. Deux *p-values* ont été présentées : la première est celle du regroupement, la deuxième est celle sans regroupement. Le seuil de significativité fixé pour les tests était un risque α de 5% donc s'il y avait deux *p-values* $<0,05$, la différence était réellement statistiquement significative. En cas de discordance, les données ont été examinées avant de conclure. Si $0,05 < p\text{-value} < 0,10$, une tendance à la significativité a été retenue.

Il était prévu d'analyser uniquement les questionnaires complets.

IX. CADRE LEGAL

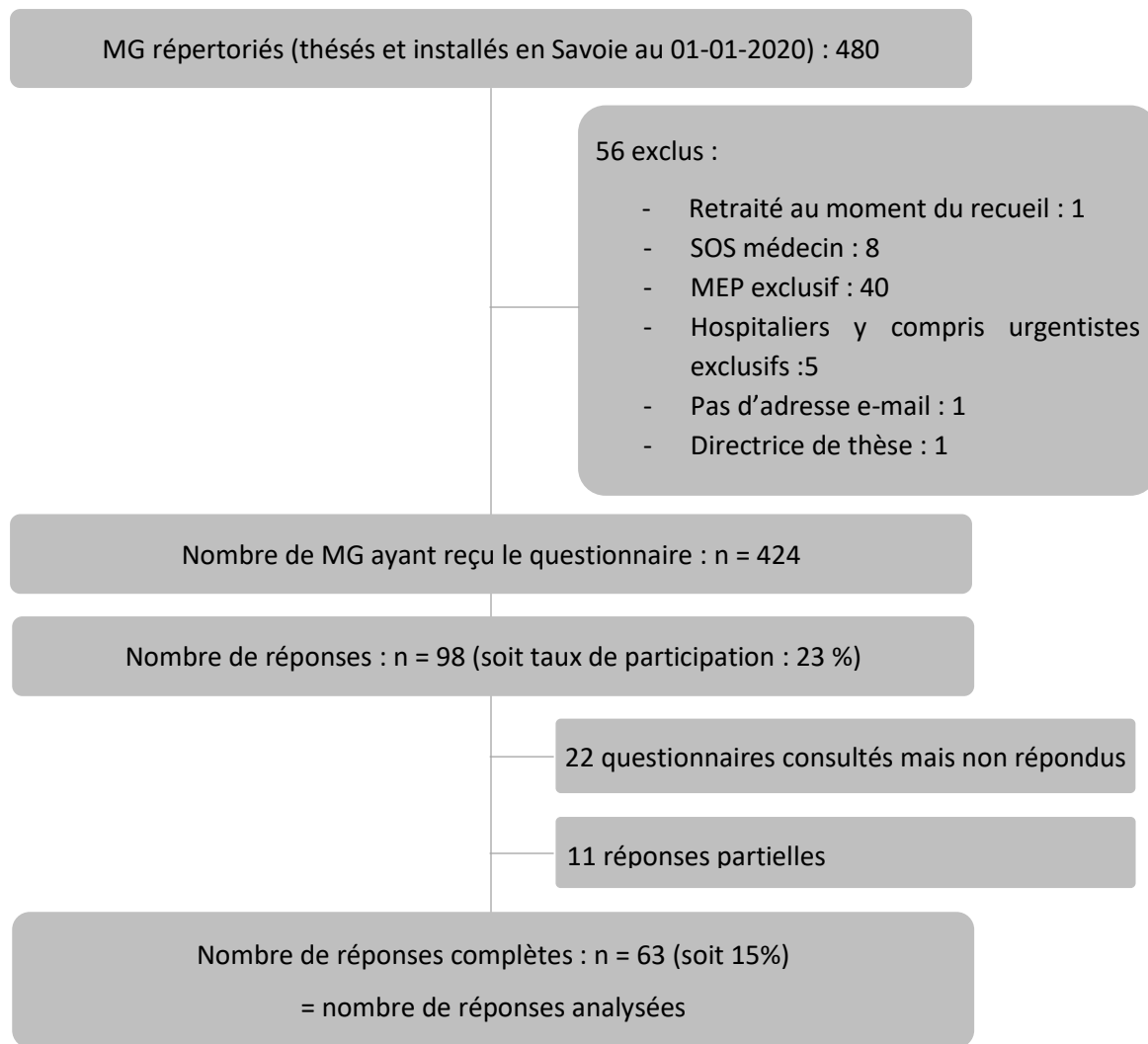
Le projet de recherche suivait la procédure MR 004. Il a été évalué, approuvé et porté au registre du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'Université de Grenoble Alpes (UGA) le 15-06-2020.

Les informations préalables transmises à chaque sondé contenaient les mentions légales relatives à la Loi informatique et liberté (LIL) et au Règlement général de protection des données (RGPD). La participation à l'étude était facultative et rétractable à tout moment.

Pas de conflit d'intérêt.

RÉSULTATS

I. DIAGRAMME DE FLUX



La taille de l'échantillon étant modeste, des regroupements de variables pertinents ont pu être faits pour augmenter la puissance statistique. Avec des effectifs trop faibles, la dispersion des réponses pouvait masquer une différence binaire. La 1^{ère} *p-value* pouvait être <0,05 et la 2^e non. Les résultats principaux sont présentés. Les résultats complets ont été compilés dans les Tableaux 1 et 3.

II. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon est présenté dans le Tableau 1. Les caractéristiques de la population source sont présentées dans le Tableau 2.

Les participants étaient majoritairement : des femmes (60%), âgés de 35 à 55 ans (57%), exerçant en zone urbaine [56] (81%), percevant leur exercice comme semi rural (57%), en secteur 1 (99%), en cabinet de groupe¹² (63,5%), réalisant entre 61 et 120 consultations par semaine (76%), n'appartenant

¹² dès lors qu'au moins deux médecins décident de mettre en commun des moyens administratifs et techniques sur un lieu unique, pouvant accueillir aussi des paramédicaux. Cabinet de groupe ou maison médicale, MSP.

pas à une CPTS (73%), avaient une activité d'enseignement (54%). **La plus grande partie** était : installée en Savoie depuis 5 à 15 ans (36.5%), était MT de 501 à 1000 patients (44%). Pour 38% des répondants la patientèle était équilibrée en âge, pour 24% elle prédominait sur la tranche d'âge « 40-60 ans » et pour 21% sur celle de 60-80 ans. La tranche « plus de 80 ans » n'était majoritaire que chez 6% des répondants. Les cabinets étaient tous informatisés et tous utilisaient MonSisra¹³.

Il n'y avait pas de différence entre la durée d'exercice depuis la première installation libérale et la durée d'installation en Savoie ($p\text{-value} = 0,94$). Seule cette dernière a été considérée.

L'âge et la durée d'installation étaient corrélés ($p\text{-value} = 4.83.10^{-17}$) : 100% des installés depuis moins de 5 ans avaient moins de 35 ans. Les plus de 55 ans étaient installés majoritairement depuis plus de 30 ans (57%). 60% de la tranche 15-30 ans était âgée de 35 à 55 ans.

L'échantillon était représentatif de la population source sur le sexe ($p\text{-value} = 0.1$), l'âge ($p\text{-value} = 0.29$), les secteurs conventionnels d'exercice ($p\text{-value} = 0.22$). La distribution rural-urbain de l'échantillon avait tendance à être la même que celle de la population source ($p\text{-value} = 0,073$). L'échantillon n'était pas représentatif sur les modes d'exercice ($p\text{-value} = 0.002$) : l'exercice regroupé était beaucoup plus représenté dans l'étude. Toutes les variables n'ont pas pu être comparées.

III. PRINCIPAUX RESULTATS

III.1. ETAT DES LIEUX DE LA CONNAISSANCE ET DE L'ATTRACTIVITE DU PPCS

III.1.1. Un outil méconnu

67% des médecins ayant répondu n'avaient jamais entendu parler de PPCS ou PPS. En ajustant sur la connaissance de la MRSS, la proportion est de 62%. **Aucun profil particulier** de MG connaissant le PPCS ne s'est dégagé à partir des données socio-démographiques, seule la durée d'installation supérieure à 15 ans pourrait avoir une influence ($p\text{-value} = 0.083$), et le fait de connaître la MRSS ($p\text{-value} = 0,085$).

III.1.2. Attractivité du PPCS

Elle a été évaluée d'après l'expérience des uns (n=10) et en théorie pour les autres (n=53).

III.1.2.1. Points forts

Le graphique suivant expose les points forts pour tous les MG et en sous-groupes : Utilisateurs du PPCS (n=10), Non-utilisateurs (n=53), Connaisseurs du PPCS (n=21), non-connaisseurs (n=42). Un point fort était considéré comme validé s'il regroupait au moins 80% des répondants.

¹³ Dispositif régional d'échange et de partage d'informations de santé. Gratuit, largement déployé. Comporte : Messagerie Sécurisée de Santé (interopérable), téléconsultation, téléexpertise. Accès aux applications de e-santé SISRA : Via Trajectoire, Télé imagerie, ROR, Mes Patients...

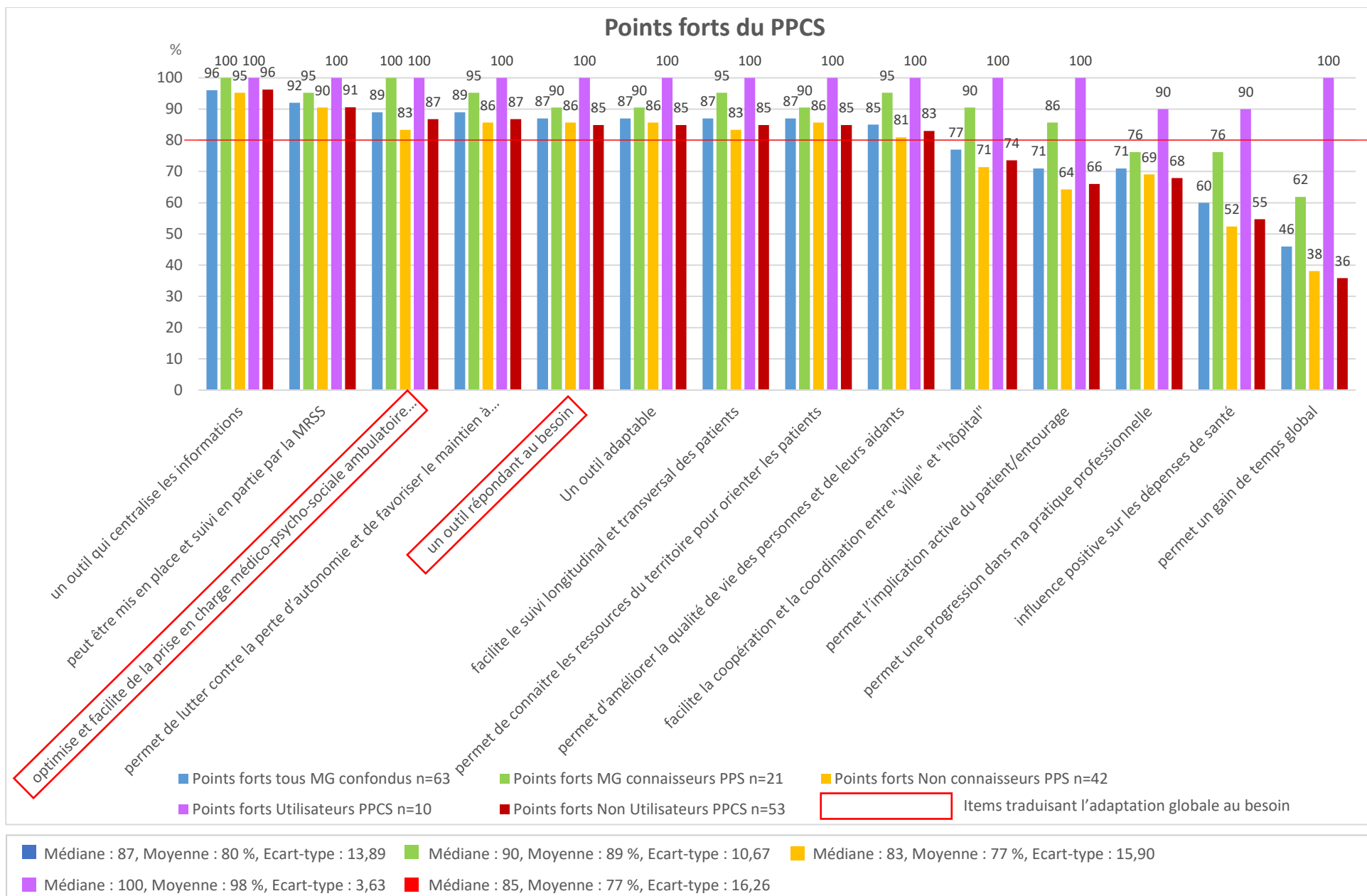


Figure 3 : Points forts du PPCS

Pour 87% des MG interrogés (tous confondus), le PPCS pourrait « en Théorie » faciliter la PEC des patients en SC et répondrait au besoin d'aide à la coordination. Le score de réponse au besoin global, sans être le plus élevé, correspondait à la médiane, de l'ensemble des items et était supérieur à la moyenne.

Le PPCS était encore plus reconnu pour sa capacité à Centraliser les informations (96%), à être Mis en place et suivi par la MRSS (92%), à Optimiser et faciliter la PEC médico-psycho-sociale ambulatoire et à Lutter contre la perte d'autonomie (89%).

Il permettait un Gain de temps pour 46 % des répondants et était Bénéfique pour les dépenses de santé pour 60%.

a. Analyse des points forts en sous-groupes

i. Sous-groupe Connaisseurs / Non-connaisseurs du PPCS

- Pour les Connaisseurs du PPCS : Trois points forts sur les onze proposés n'ont pas été validés (progrès dans la pratique personnelle, influence positive sur les dépenses de santé et gain de temps global). Les proportions de MG validant les points forts proposés était supérieure à celles de tous les autres groupes sauf à celles du groupe Utilisateurs. Le PPCS répondait au Besoin global pour 90% et Facilitait la PEC pour 100% des interrogés.
- Pour les Non-connaisseurs : cinq points forts ne sont pas validés (communication ville-hôpital et implication active du patient en plus de ceux du groupe Connaisseurs). Les scores étaient toujours les plus faibles. Le PPCS aurait pu répondre au besoin pour 86% d'entre eux.
- Différences ou tendances à la différence significatives entre Connaisseurs et Non-connaisseurs:
 - o Permet de gagner du temps : les Connaisseurs répondaient « oui » à 67% contre 38 % pour les Non-connaisseurs (p -value = 0.06).

ii. Sous-groupe Utilisateurs / Non-utilisateurs du PPCS

Parmi ceux qui connaissaient cet outil, 48 % y avaient déjà participé, soit 10 médecins.

- Pour les Utilisateurs : Les MG utilisateurs du PPCS ont validé tous les points forts proposés à 100% sauf l'Amélioration de la pratique professionnelle et l'Influence positive sur les dépenses de santé qui étaient validés par 90% des Utilisateurs.
- Profils des Utilisateurs :
 - o **Influence possible du volume de patients sur l'utilisation du PPCS** : Parmi les utilisateurs, 70% étaient MT de 501 à 1000 patients (p -value = 0.076)
 - o Sans retrouver de différence statistiquement significative, on constatait que 100% connaissaient la MRSS.

- Différences significatives entre Utilisateurs et Non-utilisateurs :
 - o Permet de gagner du temps : 100% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 36% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.0002$).
 - o Favorise l'implication du patient : 100% des Utilisateurs répondaient « oui » contre 68% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.05$).
 - o Influence positive sur les dépenses de santé : 90% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 55% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.074$).

b. Analyse des points forts selon les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles :

- Pour les femmes plus que pour les hommes, il semblait particulièrement performant pour : la réponse au Besoin d'aide à la coordination : 92% contre 68% ($p\text{-value}=0.019 / 0.016$), Optimiser et faciliter la PEC médico-psycho-sociale ambulatoire : 95% contre 72% ($p\text{-value}=0.023 / 0.042$), Faciliter le suivi : 95% contre 76% ($p\text{-value}=0.05 / 0.043$).
- Pour les MG exerçant en cabinet de groupe (hors MSP) il semblait particulièrement performant pour : la réponse au Besoin d'aide à la coordination (95%, $p\text{-value} = 0,026 / 0,086$), être un Outil complet et adaptable à chaque situation (95%, $p\text{-value} = 0,013 / 0,064$), Progresser dans sa pratique professionnelle (82% d'entre eux), ce n'était le cas que pour 46% en cabinet individuel et que pour 58% en MSP ($p\text{-value} = 0,029 / 0,088$).
- Pour les MG exerçant en zone urbaine, il y aurait eu une tendance à percevoir un plus grand effet positif sur la Qualité de vie des patients et de leurs aidants que ceux des zones rurales (effet positif pour 90% contre 66% respectivement), $p\text{-value} = 0,058 / 0,17$.

III.1.2.2. Points faibles et freins à l'utilisation

Pour ne pas fausser l'interprétation, les questions en affirmations positives ont été retranscrites dans le graphique « Points faibles du PPCS » et les affirmations négatives dans le graphique « Freins à l'utilisation du PPCS ». Les Points faibles et freins reconnus par 50% au moins de répondants ont été considérés comme étant des points faibles significatifs.

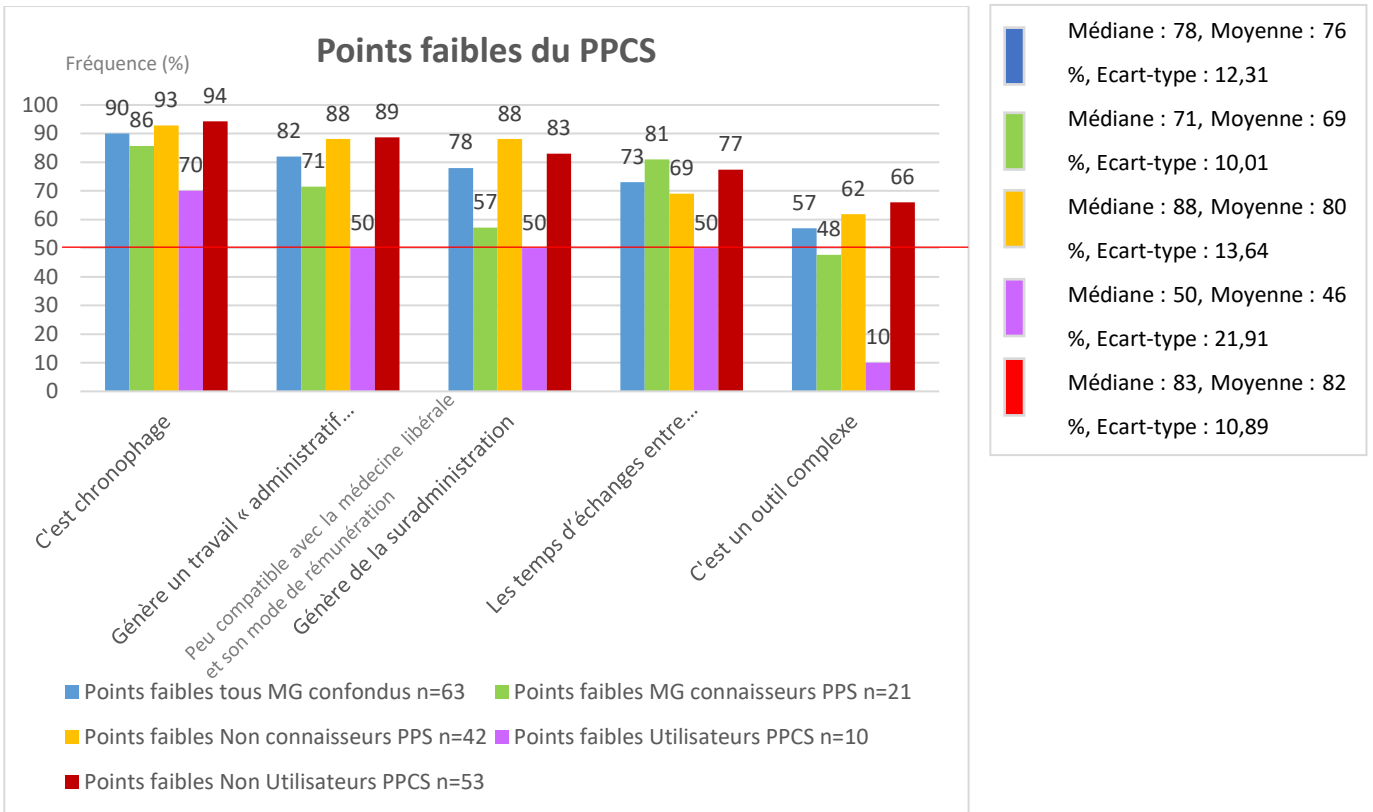


Figure 4: Points faibles du PPCS

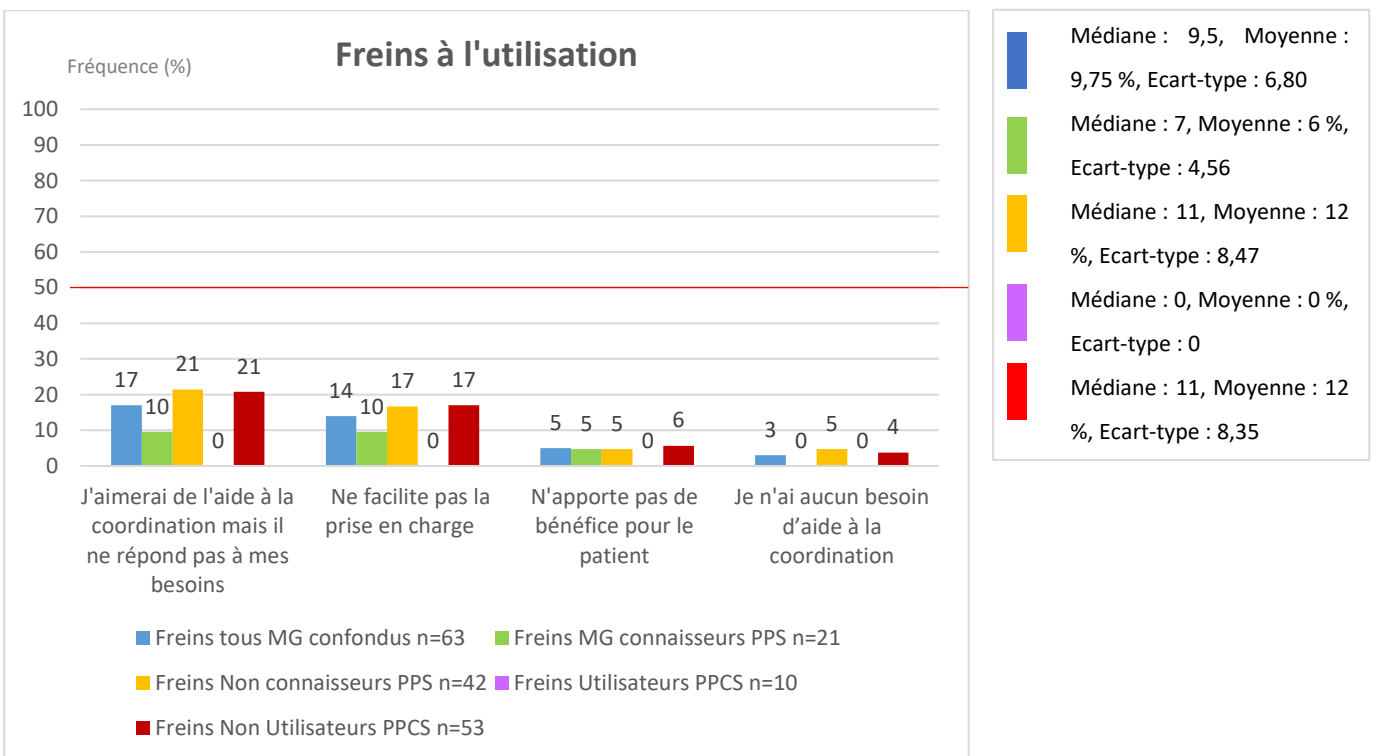


Figure 5: Freins à l'utilisation du PPCS

Pour tous les MG confondus, **tous les points faibles étaient significatifs**. Pour tous les MG confondus comme dans tous les sous-groupes, les freins étaient tous non significatifs.

a. Analyse des points faibles et freins en sous-groupes :

i. Sous-groupes Utilisateurs / Non-utilisateurs :

- Pour les Utilisateurs : les points faibles significatifs étaient : **Chronophage** pour 70%, pour 50% les Rencontres étaient difficiles à réaliser, il générait de la Suradministration, et un Travail peu compatible avec le mode de rémunération en libéral. En revanche il n'y avait **aucun frein à l'utilisation** avec un taux de 0% pour chaque frein.
- Pour les Non-utilisateurs : les freins étaient non significatifs mais avaient les scores les plus élevés avec le sous-groupe Non-connaisseurs.
- Comparaison Utilisateurs / Non-utilisateurs :
 - o Outil complexe : 10% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 66% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.001$).
 - o Génère un travail administratif peu compatible avec le mode de rémunération : 50% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 89% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.01$).
 - o Génère de la suradministration (ou complexité administrative) : 50% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 83% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.035$).
 - o Outil chronophage : 70% des Utilisateurs répondaient « oui », contre 94% pour les Non-utilisateurs ($p\text{-value} = 0.046$).

ii. Sous-groupes Connaisseurs / Non-connaisseurs :

- Il n'y avait pas de différence significative entre Connaisseurs et Non-connaisseurs du PPCS concernant les points faibles et les freins.
- On remarque cependant que les points faibles étaient moins marqués pour les Connaisseurs sauf concernant la réalisation des temps de concertation.
- Les freins étaient globalement moins marqués chez les Connaisseurs.

b. Analyse des points faibles selon les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles :

- Pour les hommes plus que pour les femmes, il avait particulièrement pour point faible de générer de la Suradministration : 96% contre 66% ($p\text{-value}=0.012 / 0.028$), être un outil qui apparaît Complexe : 76% contre 45% ($p\text{-value}=0.051 / 0.028$).
- Pour les MG ayant plus de 60 consultations par semaine, il avait particulièrement pour point faible de pouvoir Difficilement réaliser les temps d'échange et concertation : 82% contre 43% ($p\text{-value} = 0,0046$), générer de la Suradministration 90% contre 58% ($p\text{-value} = 0,009 / 0,11$).

III.1.2.3. Ce qu'en disent les médecins

Les réponses libres ont été consignées dans le Tableau 3. Les notions de Manque de temps, de Ressources du territoire illisibles, de Suradministration, de Chronophagie, de besoin d'un Professionnel de la coordination et l'impossibilité de porter cet outil par le MG seul et enfin la problématique de la Rémunération ressortaient. Ils soulignaient aussi l'efficacité de MonSisRA, la possibilité de sortir de l'échec et l'isolement, de soulever des problématiques non perçues, de connaître les acteurs, d'optimiser la PEC.

III.2. UN OUTIL ADAPTE AUX BESOINS DE TERRAIN ?

III.2.1. Les situations complexes : une réalité

III.2.1.1. Volume

Aucun MG ne rencontrait jamais de SC. Les SC représentaient **au maximum un quart des patients** pour la quasi-totalité des MG interrogés et cette proportion était sensiblement la même avant et après la définition proposée pour SC en santé (82,5% puis 93,6% après, *p-value* = 0.15).

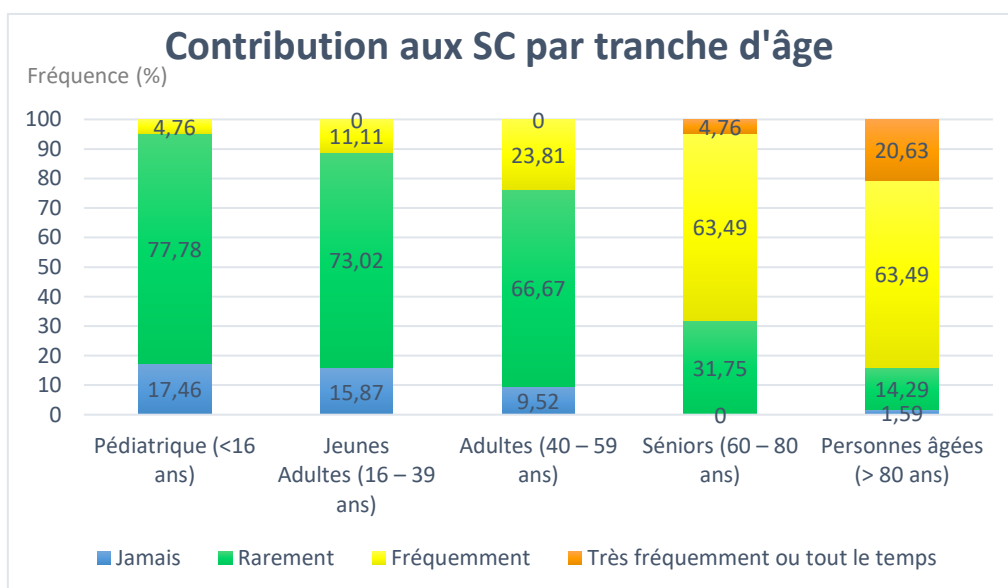


Figure 6: Contribution aux situations complexes par tranches d'âges

III.2.1.2. Profil des personnes en SC

Les 60 ans et plus étaient au moins « **fréquemment** » à l'origine de SC pour 62% des MG interrogés.

- Influence de la durée d'installation en Savoie : 82% à 100% des MG installés depuis 0 à 30 ans pensaient que les Personnes Agées (PA) sont à l'origine des SC. Au-delà de 30 ans d'installation en Savoie, les MG étaient plus mitigés : 50% pensaient que les PA sont rarement à l'origine des SC (*p-value* = 0,02 /0,01).

- Influence du volume de consultations par semaine : Les MG ayant moins de 60 consultations par semaine étaient 58% à penser que les PA sont à l'origine des SC alors que ceux en ayant plus de 60 par semaine étaient 86% à 100% ($p\text{-value} = 0,02 / 0,12$). Il n'y avait pas de profil particulier de patientèle pour ces MG.

III.2.1.3. Evolution du volume de SC

La tendance de l'évolution du volume des SC était à « **l'augmentation** » selon 52%, au mieux stable pour 48% des répondants.

- Influence de la durée d'installation en Savoie : Les MG installés depuis 15 à 30 ans contribuaient le plus à la perception d'une tendance à l'augmentation (86% d'entre eux), $p\text{-value} = 0,02$.

III.2.2. La place des MG de Savoie dans la coordination des soins et des parcours

Pour limiter les biais d'interprétation, une définition de Coordination en Santé avait été donnée avant d'explorer cet aspect.

La coordination était indissociable de la médecine générale pour 98% des MG interrogés. Ce rôle existait depuis « toujours » pour 56% et depuis « moins de 20 ans » pour 32% des répondants.

- Influence de l'appartenance à une CPTS Pour 70% de ces MG ce rôle était récent ($p\text{-value} = 0,007$).

95% des MG interrogés se sont déjà retrouvés volontairement ou non **en position de coordination** de la PEC d'un patient en SC. Pour les MG ayant été en situation de coordination, une structure d'aide à la coordination était déjà intervenue pour 92% d'entre eux, mais **aucun outil d'aide à la coordination n'avait été mis en place pour 77% des MG concernés.**

III.2.3. Les MG de Savoie et l'exercice regroupé et/ou coordonné

27% des MG appartenaient à une CPTS. Aucun profil socio-démographique n'a été identifié, en particulier :

- L'âge des MG n'avait pas d'influence ($p\text{-value} = 0,73$).

84% des MG exerçaient en mode regroupé (cabinet de groupe ou MSP).

- L'âge influençait le choix entre exercice regroupé et individuel ($p\text{-value} = 0,011$) : les plus de 55 ans exerçaient à 50% en cabinet individuel, les autres faisaient ce choix à 10%.
- L'âge n'influçait pas le choix entre MSP et cabinet de groupe ($p\text{-value} = 1$).

III.2.4. Les besoins des MG de Savoie

III.2.4.1. Les SC génèrent des difficultés de prise en charge

Aucun ne rencontrait jamais de difficultés, et pour 68% des MG interrogés, les SC généraient au moins « fréquemment » des difficultés.

- Influence de l'âge des médecins et de la durée d'installation en Savoie : Les médecins de plus de 55 ans avaient plus rarement des difficultés de PEC : 57% contre 12% (p -value = 0,065 /0,006). Au-delà de 30 ans d'installation, 88% d'entre eux en avaient « rarement » contre 29% (p -value = 0,004 /0,004).

III.2.4.2. Un besoin d'aide à la coordination

89% des MG ressentent un besoin global d'aide à la coordination pour leur SC.

- Pour ceux qui n'appartenaient pas à une CPTS ce besoin était exprimé bien plus fortement : 96% contre 71%, (p -value = 0,013).

III.2.4.3. Recensement des besoins et qualité de leur couverture

Les différents besoins pouvaient être distingués en besoins en « **Prestations** » d'aide à la coordination, c'est-à-dire les services que devraient pouvoir fournir les structures d'aide à la coordination. Et en « **Outil** » d'aide à la coordination, c'est-à-dire les « facilitateurs » utilisables directement par le MG au quotidien. Ils sont présentés d'abord pour l'ensemble des répondants, puis les Utilisateurs et Non-utilisateurs de PPCS sont comparés.

Un besoin était considéré comme **bien couvert** quand **au moins 60%** des répondants étaient de cet avis. Un besoin était défini comme **prioritaire** quand il était exprimé par **au moins 85%** des répondants.

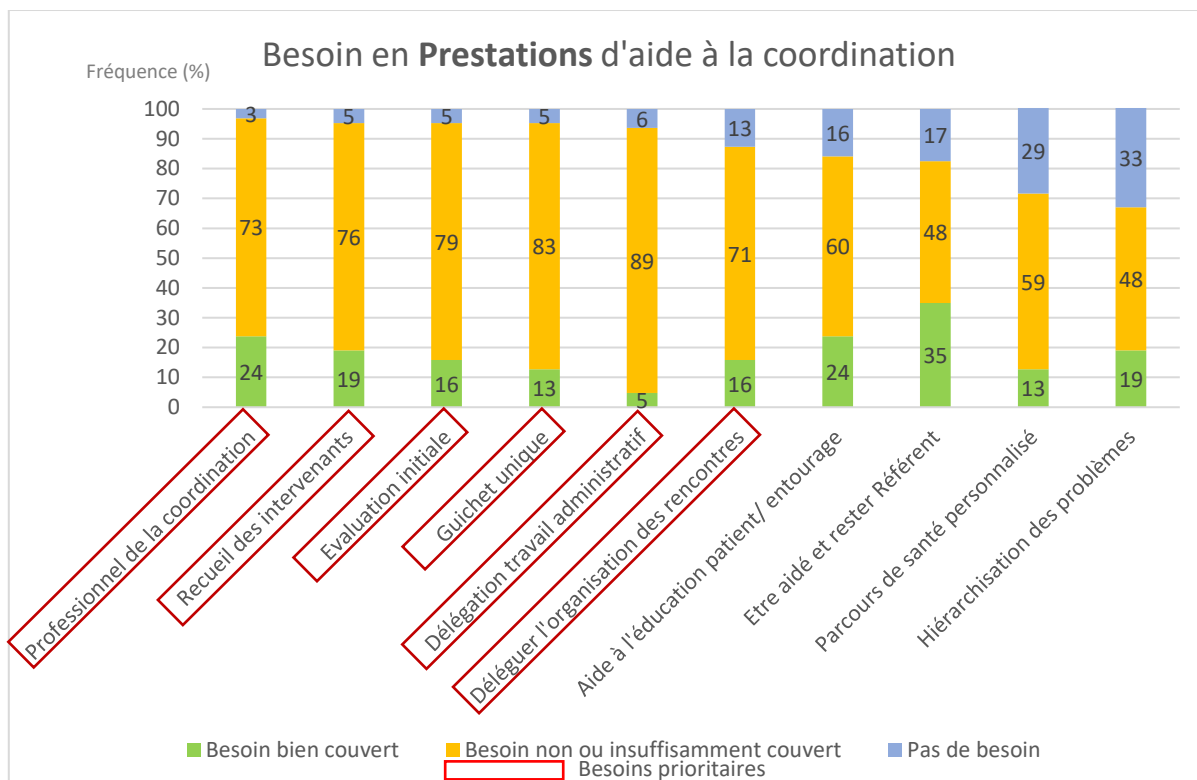


Figure 7 : Besoins en Prestations d'aide à la coordination

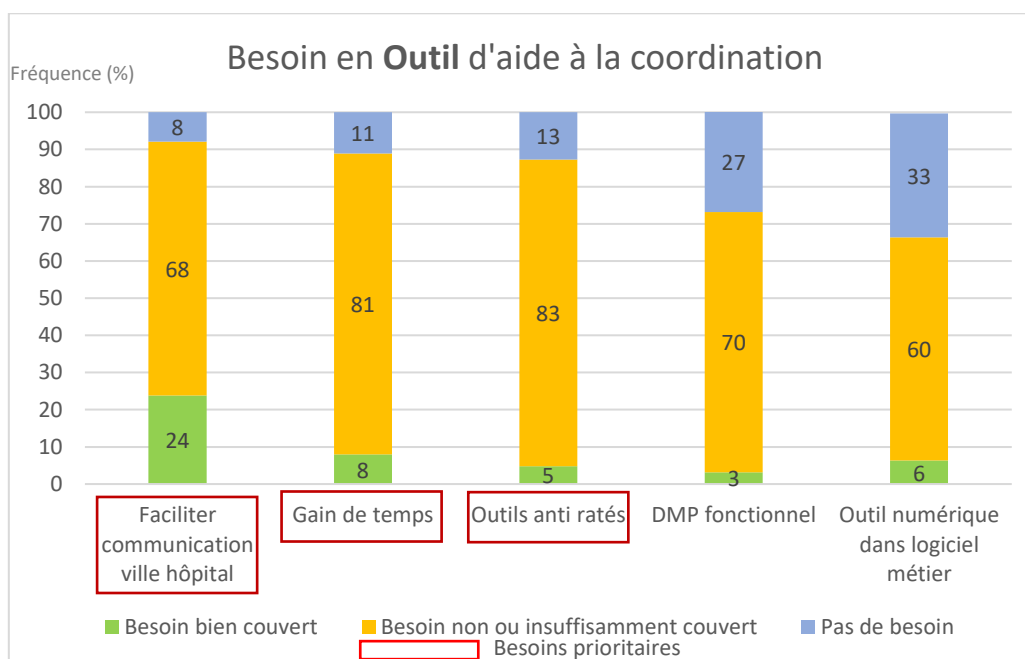


Figure 8 : Besoins en Outils d'aide à la coordination

III.2.4.4. Autres besoins

Les réponses libres n'ont pas fait émerger de nouvelles problématiques, elles correspondaient à des items proposés dans le questionnaire. D'abord : un Professionnel de la coordination, puis Besoin de temps, puis Rémunération et Guichet unique pour les MG.

III.2.4.5. Différence de besoins entre Utilisateurs et Non-utilisateurs de PPCS

Besoins en Prestations

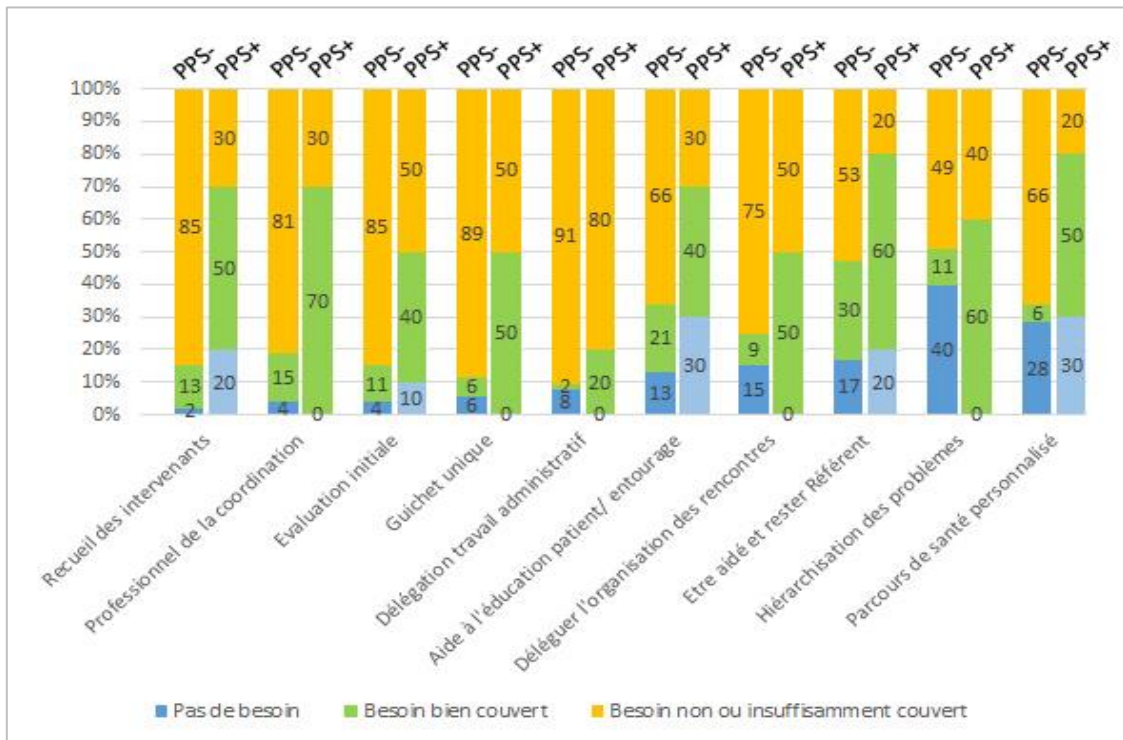


Figure 9: Comparaison des besoins en Prestation Utilisateurs – Non-utilisateurs du PPCS

Besoins en Outils

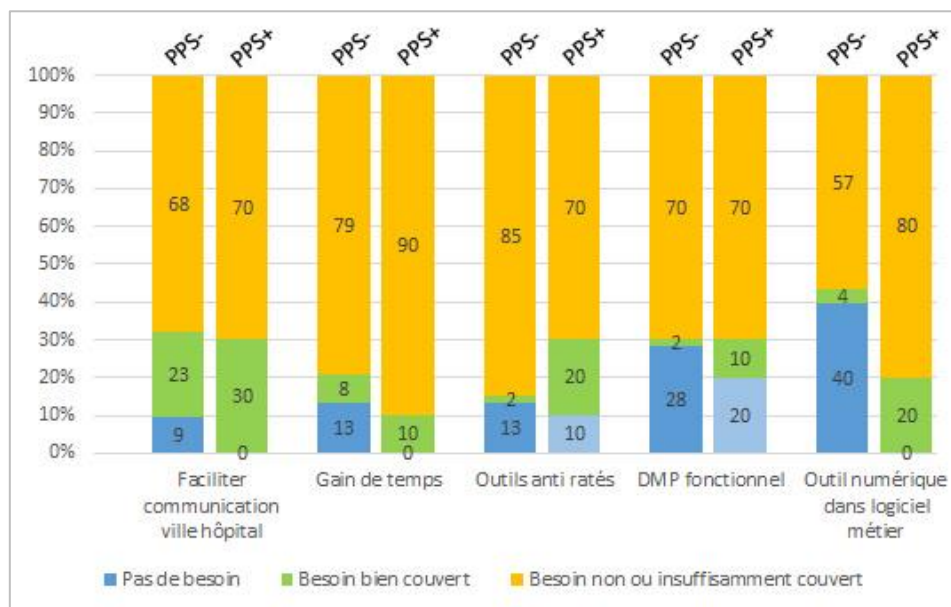


Figure 10 : Comparaison des besoins en Outils Utilisateurs – Non-utilisateurs du PPCS

III.2.5. Satisfaction des besoins

III.2.5.1. Pour tous les MG confondus

Aucun besoin en Prestations n'était bien couvert, six besoins étaient prioritaires. Aucun besoin en Outil n'était bien couvert, trois besoins étaient prioritaires.

III.2.5.2. Analyses en sous-groupes

Pour les MG exerçant en MSP :

- Les besoins semblaient mieux couverts en particulier pour l'Aide à l'évaluation initiale (p -value = 0,026), Faciliter la communication entre intervenants (p -value = 0,03), Outil numérique de coordination dans logiciel métier (p -value = 0,03), Aide extérieure pour l'éducation du patient (p -value = 0,02) et très faible tendance à la différence pour Gain de temps (p -value = 0,09).

Pour les Non-utilisateurs du PPCS, aucun besoin en Prestations ni en Outils n'était bien couvert

Pour les Utilisateurs du PPCS, les besoins étaient globalement mieux satisfaits :

- Concernant les Prestations, cinq besoins étaient bien couverts (p -values < 0,05), celui qui était le moins bon était Délégation du travail administratif (p -value = 0,07).
- **Concernant les Outils, aucun besoin n'était bien couvert.**

Différences significatives entre Utilisateurs et Non-utilisateurs :

Les besoins en « Prestations » qu'ils aient été bien ou mal couverts étaient significativement différents entre les deux groupes pour sept besoins sur dix : l'aide à la Hiérarchisation des problèmes (p -value = $1,3 \cdot 10^{-14}$), le Recueil des intervenants (p -value = 0,0008), Aide à l'éducation des patients (p -value = 0,005), Professionnel de la coordination (p -value = 0,028), Guichet unique (p -value = 0,0028), Délégation du travail administratif (p -value = 0,0006), Déléguer l'organisation des rencontres et concertations (p -value = $3,46 \cdot 10^{-5}$).

- Les besoins en Prestations étaient tous significativement mieux couverts pour les Utilisateurs du PPS.

Concernant les besoins en « Outils », il y avait des différences entre les deux groupes pour l'Intégration d'un outil numérique au logiciel métier (p -value = $1,34 \cdot 10^{-14}$), Faciliter la communication ville-hôpital (p -value = 0,003) et Gain de temps (p -value = 0,0001).

- Certains besoins en outil étaient mieux couverts pour les Utilisateurs : Outil anti raté (p -value = $4,7 \cdot 10^{-5}$), DMP fonctionnel (p -value = 0,0034), outil numérique inclus dans le logiciel métier (p -value = 0,022).

III.2.6. Solutions personnelles d'aide à la coordination

55% des répondants avaient essayé de mettre en place un système de gestion qu'ils estimaient équivalent au PPCS (en particulier ceux avec une patientèle majoritairement de plus de 40 ans : 72% (p -value = 0,043), et installés depuis plus de 15 ans : 74% (p -value = 0,045)). Parmi ceux-là 63% en étaient satisfaits (surtout en appartenant à une CPTS (p -value = 0,024) et en étant en milieu rural (p -value = 0,078) qui étaient satisfaits à 100% contre 42% en milieu urbain.

Au total 65% des MG interrogés n'avaient soit pas de système d'aide à la coordination soit un système non satisfaisant.

III.2.7. La rémunération

Il y avait une insuffisance de rémunération pour 90% des répondants qu'ils aient été utilisateurs ou non du PPCS, en particulier pour les médecins se qualifiant en exercice semi-urbain : 92% (p -value = 0,033 / 0,041). 4% n'avaient pas de besoins et la rémunération était suffisante pour 6%.

III.3. PLACE D'UNE STRUCTURE D'APPUI A LA COORDINATION

III.3.1. Connaissance de la MRSS

87% des MG interrogés connaissaient la MRSS. La connaissance de la MRSS était influencée par :

- L'âge : Les MG de plus de 35 ans connaissaient plus la MRSS (92 et 100%) que les plus jeunes : 62% (p -value = 0,006). Tous les MG de plus de 55 ans connaissaient la MRSS.
- La durée d'installation : plus elle était courte moins la MRSS était connue. Les MG installés depuis moins de 5 ans la connaissaient à 65% contre 91 à 100% pour les autres (p -value = 0,015).
- Le type d'exercice : plus l'exercice se ruralisait plus la part de MG qui ne connaissait pas la MRSS était importante : 0% en milieu urbain, 14% puis 30% en milieu rural (p -value = 0,067).

III.3.2. Place dans l'aide à la coordination

III.3.2.1. Par RCP

65% n'avaient jamais demandé d'aide par RCP à la MRSS (60% après ajustement sur la connaissance de la MRSS). 30% des MG éprouvant des difficultés de PEC « fréquemment » à « très fréquemment » avaient déjà eu recours à une RCP. 45% des MG ayant eu recours à une RCP connaissaient le PPCS.

III.3.2.2. Par PPCS

Les 10 médecins ayant participé à un PPCS ont tous été au moins « assez satisfaits ». En cas de co-construction par la MRSS, ils étaient également tous au moins « assez satisfaits ». Pour 40% de ces MG la MRSS n'était jamais intervenue pour une co-construction.

- La connaissance du PPCS n'était pas corrélée au recours à la RCP (*p-value* =0.16)
- L'utilisation¹⁴ du PPCS n'était pas corrélée au recours à la RCP : (*p-value* = 0.39)
- La durée d'installation a une influence : Les MG installés depuis moins de 5 ans y avaient le moins recours (12%), les installés depuis 15 à 30 ans le plus : 67% (*p-value* = 0,07).

III.3.3. Place dans la promotion du PPCS

- la connaissance du PPCS et la connaissance de la MRSS étaient faiblement corrélées (*p-value* =0.084).
 - o Parmi ceux qui connaissaient la MRSS, 38% connaissaient le PPCS.
 - o Ceux qui ne connaissaient pas la MRSS, ne connaissaient pas non plus le PPCS.
 - o Parmi ceux qui connaissaient le PPCS, **100% connaissaient la MRSS**.
 - o Parmi ceux qui ne connaissent pas le PPCS, 83% connaissent la MRSS (tendance à la différence, *p-value* = 0,085).
- L'utilisation du PPCS et la connaissance de la MRSS n'étaient pas corrélés (*p-value* =1).

Le principal canal pour faire connaître le PPCS était la MRSS (40 %), ensuite c'était les confrères pour 20% et la formation continue pour 14% des MG.

Pour les utilisateurs du PPCS :

- Pour la moitié d'entre eux, les PPCS avaient été élaborés au moins une fois à l'initiative du médecin.
- Pour 70% au moins une fois à l'initiative d'un autre professionnel du champ médico-psychosocial et pour 70% au moins une fois suite à une proposition de la MRSS .
- Pour 40% toujours suite à une proposition de la MRSS.

III.3.4. Rôle dans le développement de l'utilisation du PPCS.

70% des MG interrogés ne l'auraient pas utilisé seul. Mais **86 % auraient été prêts à l'utiliser avec l'appui de la MRSS** pour l'élaboration et le suivi. Tous ceux qui ne connaissaient pas la MRSS auraient été prêt à l'utiliser avec son appui.

- En zone rurale, les MG étaient plus mitigés avec 67% de « oui » et 33% « sans opinion » (*p-value* = 0,04).

¹⁴ Les utilisateurs du PPCS (n=10) sont ici comparés à ceux qui le connaissent mais ne l'utilisent pas (n=11).

DISCUSSION

I. VALIDITE INTERNE : DISCUSSION DE LA METHODE

I.1. BIAIS

Biais de sélection : Du fait d'une diffusion et prise de contact dématérialisées, il y a eu une probable sélection des médecins au préalable intéressés par le sujet. Les médecins en exercice regroupé étaient sur-représentés par rapport à la population entière. On peut supposer que leur type d'exercice traduit un intérêt pour la coopération, l'interdisciplinarité.

De plus, ce mode de diffusion ne permettait pas d'atteindre les personnes ne possédant pas d'ordinateur et/ou d'*e-mail*. Il a été supposé que la très grande majorité des individus inclus était équipée informatiquement et possédait une adresse *e-mail*. Enfin le courriel d'invitation est parfois arrivé dans les courriers indésirables.

Biais de recueil : Des erreurs lors de la conception du questionnaire ont été retrouvées à posteriori, certaines questions devaient être obligatoires et ont été parfois non répondues. Certaines questions comportaient deux questions en une, il n'a pas toujours été possible d'individualiser chaque paramètre. Les MG étant impliqués dans un projet de CPTS ne se sont peut-être pas déclarés comme appartenant à une CPTS selon l'état d'avancement du projet.

Biais de représentativité : Le NSN n'a pas été atteint et la comparaison de l'échantillon à la population d'intérêt indique que la représentativité est imparfaite même sans avoir pu comparer toutes les données. L'extrapolation à la population d'intérêt doit donc se faire avec prudence.

Enfin, ce questionnaire a été soumis en partie pendant la période des congés d'été et dans un contexte de pandémie liée à la Covid-19. Il est possible que cela ait eu une influence, la période était peut-être moins propice aux questionnements de fond.

Biais d'interprétation : l'explication synthétique du PPCS s'est efforcée d'être aussi compréhensible que possible et fidèle à la réalité de ce qu'il est mais il a pu y avoir un biais d'interprétation.

I.2. FORCES

Il existe peu d'études en France sur la coordination des soins et des parcours de santé de façon globale et interdisciplinaire hormis quelques thèses de médecine générale qui traitent du PPS mais sur d'autres territoires [47], [48], [49], [51]. Les recherches sur la base de données Medline via PubMed® ont retrouvé 10 résultats pertinents : [26], [40], [57], [58], [59], [60], [61], [62], [63], [64] . Il existe beaucoup d'études sur les parcours spécifiques, centrés sur une pathologie chronique comme les cancers, l'insuffisance cardiaque, le diabète, les troubles du développement de l'enfant ; ou sur un type de population comme les personnes âgées. Les études sur les personnes âgées se rapprochent un

peu plus du présent domaine d'étude puisque d'après la littérature ce sont surtout les plus de 60 ans qui sont à l'origine des SC [65]. Ces études sont le plus souvent américaines, canadiennes, britanniques et scandinaves. De même il existe peu d'études s'intéressant au sujet des outils globaux, « généralistes » d'aide à la coordination et leur intégration dans la pratique quotidienne [48]. On en retrouve pour les soins palliatifs, les cancers, les insuffisances d'organe et en gériatrie où l'on retrouve surtout des outils de repérage des personnes à risque, fragiles ou d'évaluation à un temps t, la « planification » n'est pas encore très répandue dans le domaine du soin.

La taille de la population cible permettait de ne pas l'échantillonner au préalable, limitant le risque d'erreur. Le mode de recueil par questionnaire permet des analyses quantitatives, objectives.

Le sujet est large, tentaculaire, transversal. Une première exploration sur ce territoire nécessitait d'obtenir un point de vue assez large. Le choix d'un questionnaire long (50 questions maximum) était un pari mais a permis cette exploration. Il ne semble pas avoir été un frein trop important puisque seulement 11 médecins ont abandonné (14%), la plupart du temps dès les premières questions.

Ce sujet intéresse fortement la MRSS pour l'aider à progresser dans ses fonctions d'appui.

Le biais de sélection était parfois un atout car il a permis de renforcer certains résultats en se positionnant en hypothèse de biais maximum.

I.3. FAIBLESSES

I.3.1. Manque de puissance statistique

Les 202 réponses requises pour satisfaire au NSN (soit 47%) n'ont pas été atteintes, 98 médecins ont accédé au questionnaire (23%) mais seules 63 réponses complètes ont été exploitables, soit un taux de réponses complète de 15%. La marge d'erreur avec un échantillon de 63 en gardant un IC95% est de 11% au lieu des 5% visés.

Les analyses en sous-groupe ont parfois été faites sur des effectifs faibles malgré des regroupements de variables. Le manque de puissance statistique ne permet pas de conclure formellement ; l'interprétation doit alors rester très prudente. La significativité est donc réduite mais permet néanmoins de dégager des tendances qui nécessiteront d'être confirmées. Les résultats ne sont valables que pour le département de la Savoie, toute généralisation nécessitera des vérifications.

I.3.2. Mode de recueil

Le recueil par questionnaire expose à certaines limites : la non-exhaustivité des thématiques de réponse, cependant pour permettre de dégager celles qui auraient pu être oubliées, des réponses libres étaient parfois possibles.

Le mode de diffusion et l'auto-administration exposent à un risque élevé de non-réponses, a des problèmes de compréhension, des biais d'interprétation.

Les relances faites n'ont pas pu être ciblées en l'absence du recueil de l'identité. Les médecins manquant sur la liste de la MRSS ont été contactés par téléphone. Le format papier n'a pas été retenu, le questionnaire comportant des questions conditionnelles, ce format aurait été source d'erreurs.

Le questionnaire bien que testé plusieurs fois, l'a été sur le même MG et n'a pas été validé par un méthodologiste.

Enfin les questions appelaient des réponses qualitatives, les données recueillies étaient donc subjectives mais permettent de refléter la perception d'une certaine situation, le vécu, une façon d'être et d'exercer.

Nous n'avons pas questionné pour savoir si le PPCS permettait d'être un outil anti-ratés alors que les résultats montrent que c'était un besoin non négligeable.

Etant donné la méconnaissance du PPCS par les répondants, toutes les questions relatives à la réponse au besoin et à l'adaptation à la pratique sont plus basées sur une idée à priori que sur un vécu réel.

II. VALIDITE EXTERNE : SYNTHESE, ANALYSE CRITIQUE ET CONFRONTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS AUX OBJECTIFS ET A LA LITTERATURE

L'objectif principal était de confirmer ou infirmer que le PPCS, outil de coordination des patients en SC, est méconnu et /ou inadapté (et en quoi) à la pratique en médecine générale de premier recours en Savoie. Nous avons en effet émis l'hypothèse que ce pouvait être les facteurs explicatifs de sa faible utilisation. Les résultats sont concordants avec la littérature, cela sera développé plus en détails au cours de la discussion.

II.1. LE PPCS : UN OUTIL MECONNU

Une des hypothèses de départ a été confirmée : cet outil est très peu connu des MG de Savoie. Etant en position de biais maximum, la méconnaissance du PPCS est probablement pire encore dans la population source tout comme la part de MG ne connaissant pas la MRSS.

II.2. LE PPCS : UN OUTIL QUI SE JUSTIFIE

En préalable, le premier point d'adaptation qu'il a fallu vérifier est l'existence d'un besoin pour un tel outil, et donc l'existence de SC. Sans ce besoin, proposer un tel outil n'a pas de sens.

Notre étude montre qu'en Savoie les situations complexes sont bien réelles, fréquentes avec une proportion semblable dans la littérature [66], [67] et qu'elles sont source de difficultés pour les MG. Elles vont probablement augmenter sous le double effet de l'augmentation de la proportion des plus de 60 ans dans la population [11], [68], principaux générateurs de SC [67], [22] ; et de la pénurie

médicale qui continuer de s'intensifier. L'état des lieux sur les SC en Savoie est développé en Annexe 6.

Les résultats suggèrent que les MG sont familiers de la notion de SC et qu'ils ont beaucoup de besoins en matière d'aide à la coordination mais que ceux-ci sont mal couverts, en concordance avec d'autres données [66].

Partant de ces constats, il était effectivement opportun de proposer des solutions d'aide, centralisatrices, globales, universelles et souples. Ainsi un outil tel que le PPCS trouve sa justification.

En Savoie, les MG ont assez largement bénéficié de l'intervention de structures d'appui mais dans la grande majorité des cas aucun outil de gestion partagé n'a été mis en place. Cependant le besoin est là, comme en témoigne le fait que nombre de MG ont essayé de s'inventer leur propre outil. Il est alors légitime de se demander pourquoi le PPCS est méconnu, s'il est utile et adapté.

II.3. COORDONNATEUR : UN RÔLE NATUREL ET OFFICIEL DU MG, RECONNU PAR LES MG DE SAVOIE

Cette étude suggère que la Coordination est perçue par les MG de Savoie comme un **rôle majeur et indissociable de l'exercice de la médecine générale** et qu'en cas de création d'un PPCS les MG (82%) souhaiteraient garder leur rôle central et rester référent. C'est une fonction historique qui a été officialisée dans la loi (2004, puis HPST, LMNSS et LOTSS) et dont les spécificités ont évolué au fil du temps : de médecin de famille à « Chef de Projet » avec des missions élargies, sorte de « *Gate keeper* » à l'américaine. Les MG sont les chefs d'orchestre des parcours de santé de leurs patients. Qui dit parcours ne dit pas forcément SC mais quand c'est le cas, la tâche peut devenir très difficile.

En Savoie, les moins de 55 ans privilégient l'exercice regroupé, cet exercice couvre mieux leurs besoins en aide à la coordination. Il y a des différences de perception l'ancienneté de la coordination en médecine générale selon l'appartenance ou pas à une CPTS. Cela semble indiquer que la perception de la coordination par ces MG est peut-être différente. Ils considèrent peut-être d'avantage toutes les interactions et la transversalité que cela suppose puisqu'une CPTS favorise l'exercice coordonné.

II.4. UN BESOIN AFFIRMÉ D'AIDE À LA COORDINATION

II.4.1. Un besoin global

Face aux difficultés des MG, notre étude met en évidence que ceux-ci expriment largement un **besoin global d'aide à la coordination** et une proportion non négligeable des besoins spécifiques en la matière est mal couverte. Notre limite de « bonne couverture » (60%) a été fixée avec une exigence modeste mais les résultats présentent souvent des valeurs extrêmes, la position du seuil n'influence donc que très peu l'interprétation.

Ce besoin d'aide face aux SC est reconnu par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

II.4.2. Des besoins spécifiques forts et mal couverts

Les besoins primordiaux des MG de Savoie sont : **une économie de temps**, notamment par décharge du poids administratif qui ne cesse d'augmenter et qui est en partie déléguable à du personnel non médical [69]. Les MG qui ont déjà un temps de travail très chargé [70] acceptent mal la surcharge administrative et la complexité des démarches qui vont avec la mission de coordination [47]. Ils attendent aussi de la **reconnaissance de ce travail** effectué en dehors du colloque singulier, et une **simplification** en général : un guichet unique pour faciliter l'orientation de leurs patients et pour les aider dans la coordination. De cette aide ils attendent principalement une Evaluation multidisciplinaire initiale de la situation pour une vision globale, la Recherche de solutions avec l'intervention d'un **professionnel de la coordination**. Enfin, ils souhaitent un **outil « garde-fous »** pour éviter erreurs et oublis.

Le DMP devrait être un bon outil de communication au service de la coordination, permettant d'éviter les pertes d'informations, mais tarde à être fonctionnel pour des raisons liées à la gestion et la diffusion d'informations à caractère sensible. Dans cette étude, il est curieusement peu plébiscité mais pourrait pourtant être le support universel et facilement, accessible d'un outil partagé tel que le PPCS.

La connaissance des dispositifs et des outils autres que le PPCS n'a pas été évaluée, on ne peut donc pas présumer de leur participation dans l'insatisfaction des besoins exprimés. Cependant d'autres études ont montré qu'ils ne sont pas bien connus [47]. Le fait qu'ils soient tous thématiques, affiliés à des gouvernances différents (département, ARS, ville...), parfois redondants et empilés ne va pas dans le sens de la simplicité et de l'efficacité. De plus les PDS restent encore peu informés et impliqués dans les dispositifs existants et les nouveaux malgré la volonté des pouvoirs publics depuis la loi HPST de se rapprocher du « terrain » [24].

II.5. UN OUTIL PARTIELLEMENT ADAPTE ET A POTENTIEL DE SEDUCTION

Cet outil séduit les utilisateurs (à pondérer car l'effectif est faible, n=10) et pourrait séduire la plupart des MG.

II.5.1. Des qualités et des défauts

Le PPCS a des points forts et des points faibles. Pour tous les MG confondus, il semble **bien adapté** pour Centraliser les informations, Optimiser et faciliter la prise en charge globale et Faciliter la coordination. Il est par contre **peu performant** pour Faciliter l'orientation des patients vers les bons acteurs, les bonnes ressources, Faciliter la communication ville-hôpital, Être bénéfique sur les dépenses de santé et Améliorer les pratiques professionnelles (le travail en coordination ne semble pas être perçu comme source d'enrichissement de la pratique), Gagner du temps, il en demande même trop pour sa mise en œuvre (travail administratif et rencontres). La problématique du temps est majeure, unanime. Il n'y en a jamais assez pour tout faire [70], [71]. Cet outil en demande pour le créer

et l'entretenir. Tous les utilisateurs admettent que le PPCS permet un gain de temps global mais visiblement pas assez car le besoin de gain de temps reste insuffisamment couvert.

II.5.2. Des préjugés sur le PPCS

Notre étude montre que les utilisateurs lui trouvent beaucoup plus de points forts que les autres, ce qui suggère l'existence de préjugés. Il y a donc un vrai travail de communication et de pédagogie à effectuer pour démontrer les atouts de cet outil. Les différences portent surtout sur la Complexité supposée du PPCS, le fait qu'il puisse faire Gagner du temps à terme, qu'il puisse Favoriser l'implication du patient et qu'il puisse Être bénéfique pour les dépenses de santé.

II.5.3. Un outil qui couvre certains besoins

Les qualités du PPCS lui permettent de couvrir certains besoins en activant certaines Prestations de la MRSS par sa co-construction. Il est moins performant en tant qu'outil comme le montrent les graphiques suivants qui comparent les utilisateurs et non-utilisateurs du PPCS. Ils mettent en parallèle les **besoins prioritaires** en Prestations et Outils par ordre d'importance et la **qualité de leur couverture**.

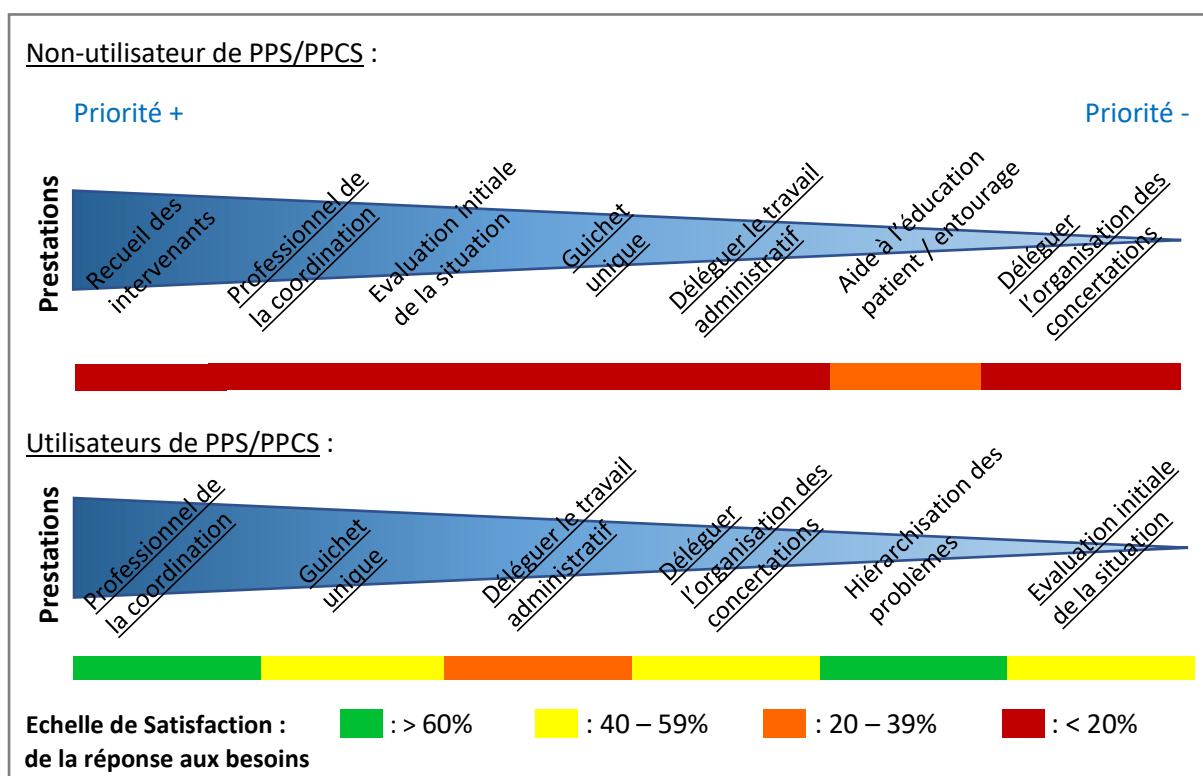


Figure 11 : Couverture des besoins prioritaires en Prestation. Comparaison Utilisateurs – Non-utilisateurs du PPCS.

Les besoins prioritaires en Prestations ne sont pas tout à fait les mêmes dans les deux groupes (les besoins communs sont soulignés). Le PPCS permet une amélioration de leur couverture.

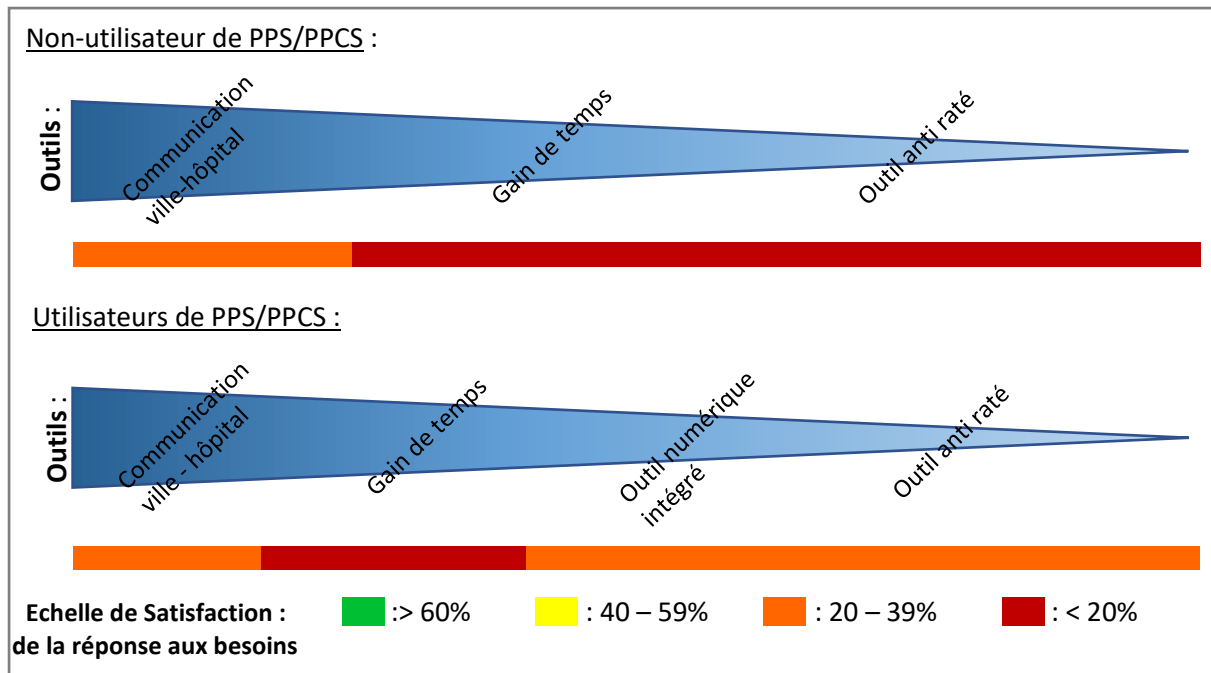


Figure 12 : Couverture des besoins prioritaires en Prestation. Comparaison Utilisateurs – Non-utilisateurs du PPCS.

Les besoins prioritaires en Outils sont presque les mêmes dans les deux groupes mais l'amélioration de leur couverture par le PPCS est très modeste.

II.6. OBJECTIFS SECONDAIRES

Les objectifs secondaires étaient d'identifier la place de la MRSS dans la promotion de cet outil et la satisfaction de ses prestations dans le domaine ; puis de déterminer le profil des médecins en difficulté ainsi qu'une typologie de médecins qui ont connaissance de cet outil, et qui l'utilise.

II.6.1. La nécessaire participation d'une structure d'appui à la coordination

Cette étude montre que la MRSS d'une part est bien connue des MG de Savoie avec un gradient rural – urbain, d'autre part elle apporte **satisfaction pour la co-construction** des PPCS. Elle apparait aussi **indispensable sur le long terme** pour effectuer les tâches de coordination qui sont déléguables et pour absorber la chronophage de la mise en œuvre du PPCS.

Les MG interrogés voient comme très positive sa fonction de **guichet unique**, le travail effectué par ses **professionnels de la coordination** (les Coordinatrices d'appui) avec en particulier l'Aide à l'évaluation initiale multidisciplinaire qu'ils ont du mal à faire seuls car le champ de compétences des MG dans les autres domaines que le médical est plus limité.

Notre étude montre de façon assez claire les MG sont prêts à utiliser le PPCS si la MRSS porte un certain nombre des tâches mais absolument pas s'ils doivent le gérer seuls.

Enseignement de l'expérimentation PAERPA :

Comme l'a montré l'expérimentation PAERPA [73] l'intérêt pour le PPS s'est fait surtout à travers **l'appui que pouvait apporter la plateforme d'appui spécifique « CTA»** (Coordination Territoriale d'Appui), pour la mise en œuvre du PPCS. Cela ressort aussi dans cette étude, le PPCS semble être un « activateur de prestation de la MRSS ». La CTA a été un organe fondamental de décloisonnement et le pivot des nouvelles dynamiques territoriales. Le PPS a été salué pour sa capacité à **créer du lien**, renforcer la **connaissance des acteurs entre eux** et leurs champs de compétence.

Le PPS a été progressivement approprié par les professionnels de santé sur les territoires PAERPA, il a permis de développer une nouvelle façon de travailler ensemble par une culture commune [74]. Cette expérimentation a permis de mettre en évidence le rôle essentiel du **travail en équipe**, des réunions et rencontres pluridisciplinaires entre des professionnels des secteurs du social, du sanitaire et du médico-social [74].

II.6.2. Typologie des médecins

II.6.2.1. *Tendance générale*

Les sous-groupes ne sont pas considérés ici, c'est la tendance générale qui est présentée. Les réponses à plus de 90% ont été considérées comme univoques. Ainsi pour tous ou presque :

- Les SC sont une réalité, recouvrant environ un quart de leurs patientèles, générant souvent des difficultés.
- Tous les MG sont à un moment à un autre en difficultés face aux SC.
- La coordination est considérée comme inhérente à la spécialité et en pratique concerne l'ensemble des MG.
- Le PPCS est chronophage.
- Un des points forts du PPCS est de pouvoir être porté par la MRSS et de centraliser les informations.

La majorité, soit les réponses regroupant 50 à 90% des MG :

- A besoin d'aide pour assurer ce rôle de coordination
- A des besoins mal couverts pour mener à bien cette mission de coordination
- Reconnaît beaucoup de points forts au PPCS sauf celui de faire gagner du temps.
- Connait la MRSS
- Reconnaît que le PPCS pourrait faciliter la PEC des SC mais ne serait d'accord pour l'utiliser qu'avec la MRSS.

II.6.2.2. Connaisseurs versus Non-connaisseurs du PPCS

Les Non-connaisseurs sont ceux qui ont le plus d'à priori négatifs. Cinq points forts ne sont pas validés, c'est deux de plus que les Connaisseurs.

II.6.2.3. Utilisateurs versus Non-utilisateurs du PPCS

Les Non-utilisateurs suivent la tendance générale concernant la validation des points forts, des points faibles et des freins. Comme pour les Non-connaisseurs, cinq points forts ne sont pas validés et aucun de leurs besoins ne sont bien couverts.

Les Utilisateurs de PPCS sont convaincus de tous ses points forts, ils ne lui trouvent aucun frein et minimisent beaucoup ses points faibles par rapports aux autres sous-groupes. Ils ont 30% de leurs besoins en « Prestations » qui sont bien couverts (80% si on abaisse le seuil de bonne couverture à 50%) mais aucun de leurs besoins en « Outils ». **Au final ils sont satisfaits en grande partie du PPCS mais il y a une grosse marge de progression. Le PPCS n'est pas vraiment un facilitateur du quotidien utilisable directement par le MG, d'avantage un activateur de prestations.**

II.6.2.4. Profils socio-démographiques

Certaines catégories socio démographiques de MG se distinguent, l'âge et/ou la durée d'installation, la zone d'exercice, le sexe, le mode d'exercice, le volume de travail :

Les moins séduits par le PPCS sont : les hommes, les MG en exercice individuel et en zone rurale, ceux qui suivent plus de 1000 patients en MT.

Les plus jeunes favorisent une installation en mode regroupé, connaissent moins la MRSS et le PPCS, ont moins recours aux RCP. Cela pourrait indiquer qu'ils n'ont pas bien perçu les possibilités d'aide pour les SC, que leurs considérations sont encore axées principalement sur le perfectionnement de l'art médical ; le temps de l'élargissement du regard vient ensuite.

Les plus âgés ont moins de difficultés et considèrent moins les plus de 60 ans comme responsables des SC. L'expérience, un réseau personnel ancien et fonctionnel ont peut-être quelque chose à voir. La perception de leur rôle de coordination est peut-être moins globale.

Pour mieux connaître le PPCS il semblerait qu'il faut être :

- installés depuis au moins 5 ans mais moins de 30 ans.
- connaître la MRSS.

Pour utiliser le PPCS il semblerait :

- qu'un volume limité à 1000 patient suivis en tant que MT soit favorable.

III. APPORTS DE L'ETUDE

III.1. DE LA PLACE POUR LE PPCS

Cette étude permet de suggérer que le PPCS répond à un certain nombre des besoins des MG. Les utilisateurs en sont satisfaits. Intégrant toutes les dimensions bio-psycho-sociales et environnementales d'une prise en charge complexe et permettant le suivi évolutif des SC, il gagnerait donc à être mieux connu des MG.

III.2. LE PPCS : UN OUTIL A AMELIORER

Même chez les utilisateurs du PPCS certains aspects restent insuffisants : Chronophage, Suradministration, Travail « administratif » peu compatible avec l'exercice libéral et son mode de rémunération, Temps d'échange difficilement réalisables.

Tel qu'imaginé par la HAS et tel que relayé par les ARS, cet outil était voué à être éventuellement impulsé par une structure d'appui puis géré par les MT seuls [72], mais sa chronophage notamment et le manque de temps en général des MG en font **un outil qui n'est pas opérationnel de cette façon.**

III.3. QUEL ROLE POUR LA MRSS EN TANT QUE DAC ?

III.3.1. Place du PPCS dans l'aide à la coordination

Les Coordonnatrices d'appui de la MRSS rapportent qu'en 2015 le PPS a été « plaqué » sur un territoire non-demandeur et non sensibilisé en amont (pas d'expérimentation PAERPA). Comme déjà mentionné, il existait préalablement une organisation locale d'aide à la coordination avec les RCP. Le PPS était en partie redondant bien qu'amenant en plus l'aspect planification. Dans la stratégie de la MRSS, il a une place qui n'est pas précisément définie. Il a donc eu du mal à trouver sa place auprès des coordonnatrices d'appui et encore aujourd'hui son appropriation est très hétérogène entre elles. La promotion a donc été limitée comme en témoigne la faible connaissance du PPCS par rapport à celle de la MRSS et des RCP (connues au moins de ceux qui y ont eu recours).

III.3.2. Communication et pédagogie

Cette étude suggère que le canal local qu'est la MRSS est le **meilleur vecteur pour faire connaître** le PPCS. Elle a donc une place clé pour convaincre les MG et les autres PDS de son utilité faire du PPCS un outil courant. Il s'agit de donner du sens à cette nouvelle façon de travailler qui vient « percuter les logiques traditionnelles de fonctionnement en silo » [75].

L'intérêt pour le décroisement est connu depuis longtemps, il s'agit donc moins de convaincre de la pertinence de l'approche par parcours ou de la coopération que de montrer les bénéfices individuels que les MG peuvent tirer pour eux et leurs patients de l'usage du PPCS [75].

III.3.3. Un guichet unique

Elle devrait poursuivre dans le sens de la simplification du paysage sanitaire et social et de sa lisibilité car cette fonction est plébiscitée.

III.3.4. Partenariat avec les MG

III.3.4.1. Décharger les MG

Son rôle est fondamental également pour animer ces PPCS tout au long de leur existence à travers le travail des coordonnatrices d'appui car il n'est pas opérationnel sur le terrain sans un soutien fort d'une structure d'appui. Le MG à court de temps à besoin ne peut pas absorber de nouvelles tâches et devrait pouvoir les déléguer autant que possible à une structure d'appui.

III.3.4.2. Un générateur de solutions et créateur de liens

La MRSS permet aussi de porter un regard différent et plus global sur une situation, elle est ainsi un générateur de solutions là où il pouvait sembler ne plus y en avoir.

Elle devrait aussi renforcer son action de catalyseur des liens entre acteurs et s'efforcer d'affirmer son ancrage dans tous les territoires de Savoie. Notre étude montre effectivement que plus les MG sont éloignés des centres urbains moins ils connaissent la MRSS (qui se trouve à Chambéry). En toute logique, en zone rurale ces MG demandent à être convaincus de l'utilité du PPCS. En effet, la coordination pour être efficace ne doit pas être éloignée du terrain [22]. Ceci est mieux compris des pouvoirs publics, et selon la LOTSS les PTA et DAC en formation doivent s'appuyer sur les organisations propres à chaque territoire.

Les rôles de la MRSS sont donc multiples et fondamentaux pour initier un mode de travail coordonné voire coopératif¹⁵ et faire évoluer la façon de prendre en charge les patients.

Les médecins à cibler en priorité sont les plus jeunes installés, les hommes, les MG en zones rurales, les cabinets individuels, les MT de plus de 1000 patients et les plus âgés qui ont peut être une vision de la coordination plus étriquée.

III.4. DE LA PLACE POUR LES « NOUVEAUX METIERS »

Un « **professionnel de la coordination** », un « **gestionnaire de cas** », un « **coordonnateur d'appui** » est fortement plébiscité pour assister les MG de Savoie dans les missions de coordination. Ces

¹⁵ « la coopération vient en surcroît de la coordination. En effet cette dernière consiste à synchroniser de façon cohérente et efficace les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir le « souci de l'autre »[4] .

nouveaux métiers sont aux interfaces des différents champs professionnels, des « mondes » de la ville, de l'hôpital et des établissements médico-sociaux. Ils travaillent en étroite collaboration avec le MT, participent à la délégation de tâche, ils sont en position de proposer une synthèse multidisciplinaire, de fournir une analyse des situations et de proposer des solutions.

III.5. LE PROBLEME FINANCIER

Les médecins pointent ici, comme dans d'autres travaux, la problématique de la rémunération de ce travail de coordination qui prend de plus en plus de volume [47]. En Savoie, le budget de la MRSS permet d'indemniser les RCP de 47€/h pour les médecins. Malgré cela, cela semble insuffisant pour les MG.

III.6. L'EXERCICE COORDONNE : UNE REPONSE EFFICACE ?

L'exercice coordonné, souhaité par les pouvoirs publics comme étant la règle (Ma Santé 2022), semble atteindre certains buts puisque notre étude montre que le besoin d'aide est moins fort au sein des structures à exercice coordonné, qui ont donc vocation à faciliter la coordination pluriprofessionnelle. Mais il peut y avoir comme effet retors de développer un fonctionnement autarcique au sein de ces structures. Quand toutes les ressources sont présentes en interne, leur fonctionnement peut devenir moins perméable. C'est ce qui est ressenti par certaines coordonnatrices d'appui de la MRSS à propos des CPTS.

Cela peut montrer aussi un autre aspect : un travail coordonné est plus « naturel », plus « fonctionnel » quand il émane du terrain et non des administrations centrales.

Dans notre étude, les MG des cabinets de groupe (hors MSP) sont d'avantage séduits par le PPCS, ayant une structure interne qui favorise la coordination, ils sont probablement plus sensibilisés à cette mutation dans l'appréhension du soin.

IV. PERSPECTIVES

IV.1. LES LEVIERS POUR L'INTEGRATION DU PPCS

IV.1.1. Améliorer la faisabilité

Il y a des points à améliorer et pour être le mieux adapté aux besoins et modes de fonctionnement des MG, les évolutions du PPCS devraient venir de leurs réflexions.

Le temps est une problématique cruciale. Incompressible, inextensible, il est une des enjeux du succès du PPCS. Comment en économiser ou en faire gagner aux MG déjà saturés [22] ? Les leviers peuvent être plus de délégation de tâches aux gestionnaires de cas [23], des organisations plus fluides et réactives, une amélioration du ratio soignés-soignants, le développement de la télémédecine. Le PPCS

permet d'agir sur les deux premiers points, mais bien que permettant probablement un gain global de temps et d'énergie ne sera pas utilisé s'il reste chronophage.

IV.1.2. Redéfinir le PPCS ?

Le PPCS se veut un cadre adaptable, peut-être doit-il l'être encore plus et ne pas être synonyme uniquement d'un fort niveau de complexité. La PEC étant globale, le champ d'action possible large ; il s'agirait donc plus d'officialiser, pour les patients pour qui c'est pertinent, une PEC de « parcours avec des besoins de coordination » quel que soit le niveau de complexité de la situation et d'instaurer un « langage commun ».

Cette nécessité d'outil standardisé multidimensionnel, généraliste et partagé avait déjà été mise en évidence pour un outil d'évaluation par l'étude POEM [76] en 2011. Dans l'expérimentation PAERPA, on avait aussi constaté des usages variés du PPS et pas toujours ceux escomptés. La notion de PPCS mériterait d'être redéfinie et devrait correspondre à la structuration d'une coordination à niveaux de complexité variables autour d'un patient comme dans le modèle de soins intégrés de la pyramide de Kaiser Permanente (Annexe7). Par exemple niveau 1 : évaluation d'une situation. Niveau 2 : éducation du patient et son entourage. Niveau 3 : créer du lien entre les intervenants et faire émerger une vision globale de la PEC qui peut parfois être contradictoire selon les acteurs. Niveau 4 : suivi rapproché et planification avec intégration de la télésurveillance et actes de télémedecine. Niveau 5 : suivi intensif avec RCP régulières, planification et évaluations standardisées des interventions. Pour rester le plus généraliste et flexible possible, **un langage commun est finalement le plus petit dénominateur commun que l'on puisse trouver.**

IV.1.3. Rémunération des MG et financement des structures d'appui

IV.1.3.1. Rémunération

La problématique semble rester entière malgré les ENMR. Si les médecins libéraux, attachés par nature à une certaine indépendance, n'adhèrent pas à ce mode de rémunération forfaitaire contrôlé et distribué par les tutelles cela pourrait rester un frein. Avec une rémunération plus directe et adaptée, les MG répartiraient peut-être leur temps de travail différemment, ce qui leur donnerait effectivement les moyens d'être la pierre angulaire de l'exercice coordonné comme ce qui était souhaité par les pouvoirs publics pour structurer de façon efficiente l'offre de soins. La question de la rémunération et du financement sera un sera un élément incontournable pour intégrer le PPCS à la pratique des MG.

IV.1.3.2. Financement

Les structures comme la MRSS, pour assurer leurs missions d'appui, sont financées au nombre de PPCS créé par an, or parfois la solution n'est pas un PPCS tel qu'il est défini actuellement mais une

intervention plus simple de coordination. Si la notion de PPCS était redéfinie et à « géométrie variable », le financement pourrait y être indexé.

IV.1.4. Mutation des pratiques

Cette mutation porte sur le passage à une MI : défragmenter en créant du lien et de la collaboration par des modèles organisationnels et des outils flexibles et opérationnels. Un de ses fondement est le travail en coordination, voire coopération. Cela implique des changements. Mais le changement est une problématique en elle-même qui doit surmonter la méfiance et la résistance. Le changement se construit par des allers-retours, dans la durée, dans la confiance bâtie et gagnée en partant de la réalité de ceux qui sont au contact des patients en SC. La dynamique est lente et il faut de la patience pour en voir les effets.

IV.1.4.1. Travailler collectivement, parler le même langage

Il ne s'agit pas juste d'utiliser un outil, le PPCS. Son usage sous-entend des changements profonds dans le système de santé, dans les pratiques individuelles et de l'ensemble des acteurs pour développer une intelligence collective et un langage commun dont le support pourrait être le PPCS.

Des cadres pour de nouvelles organisations sont donnés par les pouvoirs publics mais peinent à se concrétiser, comme le « virage ambulatoire ». Il donne lieu à l'heure actuelle, bien souvent à une simple conversion de séjours d'hospitalisation complète en séjours ambulatoires, plutôt qu'au développement de prise en charge à domicile» et globales [77].

IV.1.4.2. Savoir demander de l'aide

Cette thèse a mis en évidence que les MG ont peu l'habitude de demander de l'aide aux structures d'appui à la coordination malgré leurs difficultés. La formation des médecins devrait d'avantage présenter ces circuits d'aide, de collaboration et sortir de l'hospitalo-centrisme carque l'essentiel des soins a lieu « en ville » pour la plupart des spécialités.

IV.1.4.3. L'optimisation a ses limites

Il ne s'agit pas non plus de toujours faire mieux avec moins. L'exemple des pays scandinaves et nord-américains - qui sont en avance sur la question des parcours de santé et de la coordination - ont un ratio soignants- soignés supérieur [78]. Il doit donc aussi y avoir les moyens humains en rapport avec l'ambition de cette médecine intégrative intensive et à long terme. Afin que tous ceux pour qui c'est pertinent puissent en bénéficier, il ne faut pas dépasser un seuil qui rend toutes ces innovations irréalisables.

IV.1.5. L'accompagnement des médecins et autres professionnels

IV.1.5.1. Communication

La MRSS devrait donc renforcer sa communication et sa pédagogie sur le PPCS. En effet : la moitié des MG ayant eu recours à une RCP ne connaissent pas le PPCS, et la connaissance de la MRSS ou de la RCP n'influence pas la connaissance du PPCS. Elle devrait aussi plus communiquer sur ses prestations en tant que DAC pour lever des freins à l'utilisation. En effet, les MG de Savoie ne semblent pas habitués à demander ce genre de soutien : on a constaté que seuls 30% des MG en difficulté sollicitent de l'aide par RCP et seuls 20% sont à l'origine des PPCS créés.

IV.1.5.2. La gestion de cas

La gestion de cas est une innovation majeure en santé en France. Celle-ci engage l'ensemble des intervenants à repenser leur relation à l'autre, qu'il soit malade, PDS, aidant familial ou professionnel et à redéfinir les missions de chacun, afin « qu'aucune personne malade, quelle que soit la complexité de sa situation, ne soit délaissée » [79].

Le métier de Gestionnaire de Cas¹⁶, professionnel de la coordination semble nécessaire et est plébiscité. La question de leur formation, de leur cadre d'intervention devra se préciser, les « Assistants Médicaux » peuvent probablement y avoir une place.

IV.1.5.3. Les DAC

Le projet de mettre en place un dispositif unique par département sous forme de DAC semble pertinent pour simplifier le paysage sanitaire et social ambulatoire : un guichet unique bien identifié par les médecins et usagers. Une porte d'entrée dédiée aux professionnels et une autre au grand public pour un renseignement ou de l'aide plus conséquente avec un interlocuteur unique par situation et une attention particulière portée aux interfaces. Pour les SC, les DAC devraient être indissociables du travail des MG et ces la gestion de ces situations ne devraient être appréhendées qu'avec le couple DAC - MT.

Il s'agit plus maintenant d'une problématique de concrétisation, de désempiler ce qui a été accumulé au fil des années, de le réorganiser pour enfin défragmenter notre système de santé. Il faudrait aussi pérenniser et stabiliser l'organisation du système de santé car les changements successifs plus ou moins subtils, sémantiques ne facilitent pas la compréhension et l'appropriation des outils et dispositifs.

¹⁶ Terme employé initialement dans le cadre des MAIA. Il est employé ici dans son sens large.

IV.1.6. Flexibilité et proximité du terrain.

IV.1.6.1. Favoriser l'émergence de dynamiques locales

Un exemple à succès illustre l'efficacité de laisser les MG créer leurs dynamiques de coordination avec leur propre organisation territoriale. Le « ruissellement depuis le haut » à ses limites, c'est ce qui a été compris par les pouvoirs publics comme en témoignent la volonté de « coller » aux dynamiques locales des PTA. En Champagne-Ardennes dans le sillage du Réseau ARESPA (Association du réseau de santé de proximité et d'appui) de Franche-Comté Une association de MG s'est organisée initialement autour de la PEC de la toxicomanie, puis a évolué vers une PEC de toutes les SC. Les MG sont initiateurs et impliqués dans la gouvernance [22]. Ils ont imaginé leurs solutions et ont ainsi mis en place en 2012 la Coordinatrice d'intervention en médecine générale, que le MG peut solliciter pour toute situation qu'il estime complexe afin qu'elle propose des solutions au MG dans un délais très court. Elle intervient sans créer une strate supplémentaire, elle est en quelque sorte l'assistante du MG sur les questions de complexité, centralisatrice (remplit les PPS) et créatrice de lien. Cette organisation née localement sous l'impulsion et la gouvernance des MG a rencontré un franc succès auprès des professionnels et des patients a donc été soutenu par les tutelles et s'est maintenant repositionnée comme PTA. Séduits par cette organisation, des MG de régions adjacentes se sont regroupés pour se structurer et mettre en place sur le même modèle leur PTA avec ses spécificités.

Chaque territoire étant unique, spécifique, il convient de continuer à favoriser une structuration, une coordination et au mieux une coopération émanant du terrain. La décentralisation des effecteurs est réelle mais la gouvernance pas toujours. Pour améliorer les outils et dispositifs au service de la coordination, ceux-ci devraient pouvoir être construits avec les MG, en partant de leurs besoins, attentes et organisations, puis pilotés par eux, ce qui n'était pas le cas, comme l'avait souligné le rapport de l'IGAS sur l'évaluation et la coordination d'appui aux soins de 2014 [23].

Le PPCS doit pouvoir s'appuyer sur la spécificité du territoire et sur ses acteurs, c'est-à-dire son « écosystème local et non sur la réinvention systémique de tous les dispositifs », c'est de l'« hétérogénéité raisonnée » [80].

IV.1.6.2. Déclinaison en Savoie

En Savoie, bien que chaque coordonnatrice d'appui soit dévouée à un territoire et que tout le département soit couvert, l'impact ne semble pas le même quand le siège de la structure paraît lointain. Des antennes ou actions locales pourraient être bénéfiques.

La MRSS devrait clarifier avec les MG la définition, le sens et le rôle qu'elle veut donner au PPCS et sa place dans son panel d'outils. Elle devrait aussi affirmer ses fonctions d'appui.

De même, il semble opportun de s'appuyer sur un outil très largement déployé et qui apporte satisfaction : MonSisRA qui peut apporter des solutions techniques pour la communication et le partage d'outils.

IV.2. LE PPCS : LA CONFORTATION DES SOINS PRIMAIRES COMME MAILLON INCONTOURNABLE DU *CONTINUUM*

Au-delà de l'utilisation de cet outil, la problématique actuelle à laquelle doivent faire face tous les pays industrialisés est de passer de soigner des pathologies aiguës avec une haute technicité à apprendre à soigner des pathologies chroniques dont une partie est en lien avec le vieillissement et sans forcément un haut niveau de technicité mais un haut niveau d'organisation. Le *continuum* devient une notion centrale pour laquelle « une fonction de coordination et de synthèse est nécessaire [...], cette fonction est tributaire d'une première ligne de soins organisée » [61]. Le PPCS permettrait de participer grandement à organiser cette première ligne.

IV.3. LE REPERAGE

Cette problématique n'a pas été abordée dans cette étude mais est une étape essentielle de la médecine intégrative qui est basée sur la séquence « repérage, évaluation, planification d'actions de soins et d'aides, et suivi ». Elle permet en intervenant en amont d'éviter à des situations de dégénérer tant sur le plan médical, humain, social que sur le coût à supporter par la société.

Des pistes de réflexion : créer un système d'alerte informatique qui se déclenche par exemple si une personne présente plus de deux ALD, ou à partir d'un certain niveau de plan d'aide à domicile ou s'il y a plus d'une visite tous les trois mois chez le MT ou s'il y a plus de deux passages aux urgences par an ou si on perd un patient chronique de vue, ou assistante sociale sur-sollicitée, etc... Bien sûr cela nécessite que tous travaillent de la même façon et avec rigueur (utilisation de codage par exemple, qui est une forme de langage commun) et qu'il y ait un système de communication et d'information fiable, universel et utilisé ! MonSisra pourrait aussi y répondre.

Sur la période 2020-2022 un nouveau programme de dépistage de la fragilité selon la démarche ICOPE (*Integrated Care for Older People*) et conçue par l'OMS, est expérimenté [74].

IV.4. LA PEC SUR OBJECTIFS

Avec les mutations en cours, la focale change et la qualité des soins ne s'évalue plus sur les critères de chaque pathologie mais sur un objectif global [81], [82] qui est l'atteinte du meilleur niveau de santé possible pour un individu selon ses critères et priorités. La satisfaction des patients sera un des grands indicateurs de performance [37].

IV.5. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DU SOCIAL

La complexité, ce n'est pas seulement une personne vieillissante, polyplathologique chronique avec pénurie médicale, cela concerne bien d'autres niveaux sociétaux comme le social, la précarité, l'éthique. Il ne faut pas tomber dans le piège de rester cantonné à la complexité médicale, donc cloisonné mais faire l'effort constant de prendre de la hauteur pour considérer toutes les dimensions de l'Etre.

La formation et la culture des professionnels de santé est « mono-catégorielle ». Les médecins sont mal formés à l'interdisciplinarité, à la vision globale puisque formé organe par organe, pathologie par pathologie, spécialité par spécialité. Cette nouvelle discipline nécessite un effort de formation, d'adaptation, pour réinventer sa façon d'exercer [83]. En médecine générale des efforts sont faits dans ce sens comme en témoigne la « Marguerite des compétences » (Annexe 3), support de l'enseignement théorique mais l'apprentissage pratique hospitalier reste très sectorisé, et les formations en médecine ambulatoire sont variables d'un terrain de stage à l'autre [83].

La formation à l'interdisciplinarité au cours et après les études médicales devrait permettre de rappeler que parfois dans des situations médicales simples peuvent être complexes uniquement sur des aspects non médicaux : la précarité, le milieu de vie...

THÈSE SOUTENUE PAR :

Amélie MARTY-MAURIS

TITRE :

LE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ,
UN OUTIL D'AIDE À LA COORDINATION DES SITUATIONS COMPLEXES EN SOINS PRIMAIRES :
CONNAISSANCE, ADAPTATION AU BESOIN ET À LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE SAVOIE
- ENQUÊTE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES -

CONCLUSION

Cette étude cherchait à comprendre pourquoi le PPCS est si peu utilisé en Savoie depuis sa mise en place en 2015 alors qu'il semble très intéressant pour organiser et suivre la PEC des patients en SC. Le PPCS est en effet un outil généraliste de décloisonnement et de gestion des parcours de santé complexes qui semble s'adresser tout particulièrement aux MG puisqu'ils sont naturellement et institutionnellement les garants de la coordination des parcours de leurs patients. Cette étude s'est intéressée à l'aspect organisationnel des soins et aux pratiques professionnelles mises en place pour l'intérêt supérieur du patient, de la société et le bien être professionnel des praticiens.

Deux hypothèses principales que cette étude a tenté de vérifier avaient émergé de travaux précédents : la Méconnaissance et/ou l'Inadaptation de cet outil au besoin et à la pratique quotidienne des MG. Ce travail s'est aussi intéressé au principal organe local d'aide à la coordination : La MRSS (réseau de santé polyvalent en Savoie, portant en parallèle un DAC) et son rapport avec le constat initial.

Nous avons réalisé à l'aide d'un questionnaire, une étude transversale observationnelle quantitative auprès des MG libéraux de Savoie ayant une activité de médecine générale. 63 réponses complètes nous ont permis d'obtenir des résultats concordants avec la littérature, néanmoins cette étude manque de puissance statistique et il faut en tenir compte dans l'interprétation et l'extrapolation des résultats.

Nos résultats suggèrent que les éléments d'explication à la faible utilisation du PPCS sont en tout premier lieu le fait qu'il est effectivement très peu connu des MG, même par ceux qui sont sensibles à la question de la coordination des parcours de santé. Ensuite, après avoir présenté le PPCS de façon théorique et en s'appuyant sur un exemple concret savoyard, nous avons mis en évidence que le PPCS semble adapté au besoin global d'aide à la coordination et qu'il satisfait un certain nombre des besoins

spécifiques des MG mais qu'il se heurte à des préjugés et des freins à l'utilisation. Le PPCS ne semble pas adapté à la pratique quotidienne des MG en l'état car il semble peu performant en tant qu'« outil facilitateur » pour le quotidien du MG et ne semble pas matériellement gérable par lui seul. Il doit donc être amélioré. En Savoie, la plupart des freins à l'utilisation pourraient être levés par l'intervention sur le long terme d'une structure d'appui à la coordination telle que la MRSS. Ce sont les prestations de la MRSS qui permettraient de pallier suffisamment certains défauts du PPCS pour en faire un outil séduisant. Les MG seraient donc largement prêts à inclure le PPCS dans leur pratique avec l'appui de la MRSS pour une co-construction (déjà proposée) et un co-suivi sans limitation de durée.

Ainsi malgré ses faiblesses, le PPCS gagnerait à être connu car les SC existent bien aussi en Savoie. Elles ne sont pas rares et créent des difficultés de PEC pour les MG qui ont donc des besoins en matière d'aide à la coordination. Du fait de la Transition épidémiologique et démographique, ces situations sont appelées à se majorer dans le futur.

Il reste cependant quelques aspects critiques de faisabilité qu'il faudra résoudre : la question de la rémunération du MG, du financement de cet outil et des fonctions d'appui qui doivent aller avec lui. La question du temps, inextensible, faisant déjà défaut qu'il faudrait dégager pour se concerter et se coordonner.

La MRSS se positionne déjà comme organe de simplification, s'intégrant dans les dynamiques locales, pour améliorer la lisibilité du paysage sanitaire et social mais un rôle majeur à jouer pour rendre le PPCS opérationnel et pour que les MG s'en saisissent. Elle en a également un autre tout aussi important, c'est de faire connaître le PPCS sur son territoire d'action. Rôles dont elle n'a peut-être pas bien pris conscience et qu'elle devrait renforcer. Pour cibler ses actions de communication et de pédagogie, nous avons pu déterminer des profils de MG réfractaires au PPCS ou ne le connaissant pas : les plus jeunes, en milieu rural, en cabinet individuel, les hommes, les MT à patientèle supérieure à 1000. Enfin la MRSS devrait repenser ses services d'appui à la coordination en envisageant l'intervention et le soutien à long terme, si nécessaire, des coordonnatrices d'appui.

Le PPCS est un outil qui a sa place en médecine générale à condition qu'il soit mené par le couple MT-MRSS, plus généralement MT-DAC, et que des solutions soient trouvées les points de faisabilité les plus critiques.

Afin de permettre la transversalité nécessaire à la coordination, notre étude nous a amené à proposer que le PPCS soit redéfini de façon plus large, comme un « langage commun ». En effet, superposer le PPCS comme une énième strate dans l'arsenal des outils et des ressources n'a pas d'intérêt. Ce « langage commun » est la base pour se coordonner, coopérer. Il devrait être le cadre large et généraliste, permettant de partager facilement et suffisamment souple pour permettre les libertés nécessaires à la personnalisation des PEC. Il devrait pouvoir être utilisable pour tout type de patients quel que soit le besoin en coordination (minime ou intense) et le niveau de complexité de la situation

car il faut pouvoir « monter les étages de la pyramide » selon les besoins. Ainsi le PPCS ne devrait plus être un outil pour des SC nécessitant un fort degré de coordination, mais le cadre global dans lequel rentrerait la PEC d'un patient qui relève d'un parcours de santé et qui nécessite une coordination. Cette redéfinition conditionnerait aussi la façon de le financer et de le rémunérer.

C'est un changement profond des pratiques auquel nous assistons depuis quelques années avec des concepts connus dans le monde de l'entreprise, mais peu encore décliné dans le sanitaire et social (planification, coopération, coordination, efficience...). Le médecin qui avait pour culture d'être autonome et seul décisionnaire doit maintenant parfois accepter d'abandonner une partie de cette autonomie, pour faire des compromis sur les objectifs à atteindre afin d'aboutir à une PEC consensuelle partagée par tous les acteurs et par le patient. La mutation des pratiques doit s'accompagner par la formation des médecins à ce « langage commun » et par l'ancrage dans le quotidien de ces nouvelles pratiques plus transversales et perméables. Elle prendra encore du temps, se construira par des allers et retours, se heurtera à des tâtonnements, résistances, oppositions, ajustements. Le PPCS s'inscrit dans cette mutation.

Pour atteindre les objectifs d'amélioration de la santé globale des populations à des coûts raisonnables, l'optimisation seule n'est plus ni suffisante ni possible quand un seuil critique du ratio soignants-soignés est atteint. Il serait intéressant de se pencher sur cette question pour poursuivre dans la quête de l'amélioration de la qualité des soins, de la satisfaction des usagers et des PDS.

Le PPCS est un pari sur l'avenir qu'il semble intéressant de tenter en investissant du temps et de l'énergie pour un gain global sociétal à plus long terme. Il serait pertinent d'étudier la problématique du repérage de ces patients en MG, d'étudier les freins résiduels pour proposer des solutions pour les lever et de s'intéresser à la formation à l'interdisciplinarité en médecine.



VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/03/17

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Philippe ZAOU

CHU de GRENOBLE
Clinique de Néphrologie-Dialyse-Transplantation
Pr. Philippe ZAOU
RPPS 10002986551

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morin E. Introduction à la pensée complexe. 4. tirage. Paris: ESF éd; 1992. 158 p. (Communication et complexité).
2. Morin E. La méthode. Paris: Éd. du Seuil; 2008. (Opus).
3. Combalbert L, Mery M. Les 5 leviers de la confiance: aidez vos collaborateurs à se dépasser! [Internet]. 2016 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <http://res.banq.qc.ca/login?url=http://www.biblioaccess.com/31/Catalog/Product/956205>
4. Bloch M-A, Hénaut L, Sardas J-C, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. :228.
5. Direction générale de l'offre de soins,. Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012 oct. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
6. Organisations territoriales au service de la coordination – Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. ANAP; 2017 août.
7. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? [Internet]. HAS; 2014 sept. (Points clé et solution. Organisation des parcours). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
8. Valdes B. Chapitre 6. Transitions démographique, épidémiologique et sanitaire aux origines du vieillissement de la population [Internet]. Architecture et ingénierie à l'hôpital. Presses de l'EHESP; 2018 [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/architecture-et-ingenierie-a-l-hopital--9782810907113-page-65.htm>
9. Ministère des affaires sociales et de la santé (2016- ...), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France: rapport 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
10. Rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. 2013;273.
11. Santé Publique France. La santé à tout âge. Bien vieillir [Internet]. 2019 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: </la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
12. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. Sante Publique. 7 nov 2018;Vol. 30(4):517-26.
13. P H, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;41(3):237-45.
14. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. Lancet. 7 juill 2012;380(9836):7-9.
15. Borgès Da Silva G. Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. Santé Publique. 2015;S1(HS):9-11.
16. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, Siegel B. Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and the challenges. Aging Clin Exp Res. août 2002;14(4):279-86.

17. Le Faou A-L. Les systèmes de santé en questions: Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada. Paris: Ellipses; 2003.
18. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. OMS; 1978 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
19. Maeseneer JD, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N, et al. Funding for primary health care in developing countries. *BMJ*. 8 mars 2008;336(7643):518-9.
20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
21. Hassenteufel P, Davesn A. Les médecins, entre politique publique et aspiration libérale. Les médecins face aux réformes des systèmes de soins. Une mise en perspective comparative France - Allemagne - Suède. [Internet]. Institut Montparnasse; 2013. (Collection recherches). Disponible sur: <https://www.institut-montparnasse.eu/wp-content/uploads/2013/12/Collection-recherche-n-6-les-medecins-entre-politique-publique-et-aspiration-liberale.pdf>
22. Guirimand N, Mazereau P, Leplège A. Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: décloisonner et coordonner les parcours de vie et de soin. 2018.
23. Blanchard P, Eslous L, Yeni I. Evaluation de la coordination d'appui aux soins - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. IGAS; 2014 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article437>
24. Aissou M, Danos J-P, Jolivet A. Structurer les parcours de soins et de santé: politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé. 2020.
25. De Stampa M, Cerase V, Bagaragaza E, Lys E, Alitta Q, Gammelin C, et al. Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments [Internet]. Vol. 18, *International journal of integrated care*. *Int J Integr Care*; 2018 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30127689/>
26. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration. *Int J Integr Care*. janv 2014;14:e052.
27. Somme D, Trouvé H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, et al. [Prisma France: implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2008;56(1):54-62.
28. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.
29. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
30. Popejoy LL, Jaddoo J, Sherman J, Howk C, Nguyen R, Parker JC. Monitoring Resource Utilization in a Health Care Coordination Program. *Prof Case Manag*. déc 2015;20(6):310-20.
31. Harris RC, Popejoy LL. Case Management: An Evolving Role: *Western Journal of Nursing Research* [Internet]. 31 août 2018 [cité 27 sept 2020]; Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945918797601?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

32. ARS. Parcours de soins, Parcours de santé, Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique des parcours de A à Z [Internet]. 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
33. Irdes C. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). 2004;125.
34. Bataillon R. La médecine de parcours : l'exemple de la prise en charge des sujets âgés. LA REVUE DU PRATICIEN. 2017;67:5.
35. Collège de médecine générale. Les Maladies Chroniques. Le Livre Blanc du Collège de la Médecine Générale, 2014. [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/livre-blanc-sur-les-maladies-chroniques.pdf>
36. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Population & Sociétés. 2015;N° 524(7):1.
37. Calvez C. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination Dossier Documentaire. 2018;34.
38. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie Nationale de Santé, Ce qu'il faut retenir [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>
39. Contandriopoulos A-P. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. 2001 [cité 4 févr 2021]; Disponible sur: https://www.academia.edu/7128624/Int%C3%A9gration_des_soins_dimensions_et_mise_en_%C5%93uvre
40. Frattini M-O, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients, Coordination of support to general practitioners to facilitate the patient's care pathway. Santé Publique. 26 mars 2015;S1(HS):87-94.
41. Chassang M, Gautier A. Les Maladies chroniques. Avis du Conseil économique, social et environnemental [Internet]. CESE; 2019 juin. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniqu>
42. Mode d'emploi du Plan personnalisé de coordination en santé [Internet]. HAS; 2019 juill. (Les parcours de soins). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_mode_emploi_ppcs_web.pdf
43. GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS LORS DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ [Internet]. HAS; 2019 juill. (Les parcours de soins). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_glossaire_ppcs_web.pdf
44. Mise en oeuvre PPS PAERPA : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov. (Les parcours de soins). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf
45. Rapport d'activité 2018 MRSS [Internet]. Maison des Réseaux de Santé de Savoie; 2018 p. 84. Disponible sur: https://www.mrss.fr/uploaded/docs/rapports_d_activites/mrss_raq_2018_internet.pdf
46. Rullet M-L. Entre théorie et pratique, quelle est la réalité de la co-construction du PPS pour un réseau de santé. UGA; 2017.

47. Tanquerel C. La coordination des situations complexes : Définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré-bocage.
48. Bouin J. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Internet]. Université de Rennes 1; 2017 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-9903&printable=true>
49. 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. 2019.
50. Ghiorghita C. Expérimentation projet PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) dans la région Bourgogne: Quels sont les freins à l'utilisation de l'outil Plan Personnalisé de Santé? [Internet]. [Tours]: Université François Rabelais; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_GhiorghitaCarmen.pdf
51. Krimou M. Parcours santé des aînés `` PAERPA ' ', une offre à disposition des médecins généralistes pour l'aide à la prise en charge du risque de perte d'autonomie du sujet âgé en ambulatoire: évaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation dans le territoire est-heraultais. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
52. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa: premiers résultats. Paris: IRDES; 2018.
53. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 2007;56.
54. Atlas de la démographie médicale. Etat des lieux au 1er janvier 2020 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 2020. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
55. Annuaire des professionnels de santé [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/annuaire-des-professionnels-de-sante>
56. Observatoire des territoires de la Savoie. Communes rurales [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.observatoire.savoie.equipement-agriculture.gouv.fr/PDF/Cartes/1.12_Communes_rurales.pdf
57. d'Elbée M, Baumevieille M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine [Cooperation according to French Law « hospital, patients, health and territories »: Pharmacists' involvement in Aquitaine region]. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2017;65(3):231-9.
58. Talon-Chrétien M-C, Jakovenko F, Franzin-Garrec M, Révy M, Nerich B, Roucoules B. La coordination des intervenants au domicile du patient [The coordination of caregivers in the patient's home]. Soins. août 2016;61(807):28-32.
59. Dauriac C. [The case manager, a geriatrics healthcare coordinator]. Soins Gerontol. août 2013;(102):20.
60. Cambon L, Alla F, Lombrail P. [The case for a new French public health law at the service of a fairer and more effective national health policy]. Sante Publique. juin 2012;24(3):253-61.

61. Belche J-L, Berrewaerts M-A, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. [From chronic disease to multimorbidity: Which impact on organization of health care]. *Presse Med.* nov 2015;44(11):1146-54.
62. Job M-F. [Improving patient care through coordination of care]. *Soins Gerontol.* août 2012;(96):1.
63. Cosset-Desplanques G, Mazars T. [Health care networks, an innovative apparatus for coordination of home care services]. *Soins Gerontol.* févr 2009;(75):37-8.
64. Mboko G. [The coordination of actors, indispensable links in home care]. *Soins Gerontol.* févr 2009;(75):18-21.
65. Brun N, Fernandez-Curiel S, Saout C. [The pathway approach and the coordination of care]. *Soins.* juin 2016;(806):50-2.
66. Waldvogel F, Balavoine J-F, Perone N, Schusselé-Fillietaz S. Les malades complexes : de la théorie des systèmes complexes à une prise en charge holistique et intégrée. *Revue Médicale Suisse.* 2012;8:1022-4.
67. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Hong CC, Chang Y, Barry MJ, et al. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med.* 20 déc 2011;155(12):797-804.
68. Libault D. Concertation « Grand âge et autonomie » : 175 propositions formulées | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. 2020 février [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/concertation-grand-age-et-autonomie-175-propositions-formulees>
69. Prunières J-B. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie. [Internet]. Université de Montpellier, UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine : 2018; 2018 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: [en ligne sur Internet]. Disponible sur : <https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2018MONT1161>
70. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
71. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
72. Or Z, Bricard D, Penneau A. Rapport 567 : Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. IRDES [Internet]. IRDES; 2018 juin [cité 1 mai 2019] p. 62. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>
73. ARS. Expérimentations Paerpa 2013-2019 Bilan et perspectives du parcours des aînés [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2020 juill p. 24. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_10_juillet_2020.pdf
74. HAS. Le plan personnalisé de santé : un outil pour un parcours de soins coordonné du patient âgé fragile [Internet]. 2016 janv [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile
75. Evaluation qualitative PAERPA- Rapport final. DREES; 2017 mai.

76. Somme D. Projet poem: pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle. 2011.
77. Stratégie nationale de santé Contribution du Haut Conseil de la santé publique. Haut conseil de la santé publique; p. septembre 2017. (Avis et rapports).
78. Infographie: Personnels de santé : où se situe la France ? [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/19953/nombre-infirmiers-et-medecins-par-habitant/>
79. Corvol A, Moutel G, Somme D. La gestion de cas en gérontologie - Nouveau métier, nouvelles questions. Med Sci (Paris). 1 mars 2012;28(3):321-4.
80. DREES : document de travail : Evaluation qualitative PAERPA- Rapport final.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
81. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract. juill 2012;62(600):e522-4.
82. Ruikes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. J Am Board Fam Med. avr 2016;29(2):209-17.
83. Id H. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France. :53.
84. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes Département de la SAVOIE Avril 2018-URPS.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Savoie_73_rapport_SDM_2018.pdf
85. Carrier H, Zetseva A, Bocquier A, Verger P, Barlet M, Chaput H, et al. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes [Internet]. DREES; 2017 oct. (Etudes et résultats). Report No.: 136. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_103.pdf
86. Cortaredona S, Pambrun E, Verdoux H, Verger P. Comparison of pharmacy-based and diagnosis-based comorbidity measures from medical administrative data: Comorbidity Measures. Pharmacoepidemiol Drug Saf. avr 2017;26(4):402-11.
87. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/fiche-de-la-haute-autorite-de-sante-prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires/telecharger/601415>
88. Les effets d'une crise économique de longue durée. Rapport 2013-2014 [Internet]. Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale; 2014 p. 120. Disponible sur: https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2013_2014_BD.pdf
89. Le Breton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pouvourville G. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins. 2009;40(3):167-75.
90. Rouzic M le. L'évolution du rôle du médecin dans le parcours de soin du patient [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://blog.hellocare.pro/evolution-role-medecin-parcours-de-soin-patient>

91. Bail P, Bizel P, Bonnard J, Compagnon C, Dosquet S, Dupuis G, et al. [Patient information. Guidelines for practitioners - March 2000]. *Ann Endocrinol (Paris)*. févr 2001;62(1 Pt 1):84-7.
92. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 24 févr 2001;322(7284):468.
93. OMS. Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle. Partie B, Module 3. Comprendre l’organisation des systèmes et l’effet de la complexité sur les soins en santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 p. 121-32.
94. Bez DN. Une étude de l’Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. :50.
95. Morin - 1988 - Le défi de la complexité.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: http://palimpsestes.fr/textes_philo/morin/defi-complexite.pdf
96. EVOLUTION DU CONTENU DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN TERMES DE MALADIES CHRONIQUES, AIGUES ET DE PRISES EN CHARGE NON PATHOLOGIQUES ENTRE 1993 ET 2010_these_juliensignoretccb5a.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/728/fichier_these_juliensignoretccb5a.pdf
97. Büla C. Polypathologies et guidelines en conflit : comment faire ? In: Dagneaux I, éditeur. Une prescription sur mesure : Moins mais mieux sied au grand âge [Internet]. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain; 2013 [cité 22 févr 2021]. p. 18-28. (Sâges/Monographies de la Chaire de médecine générale de l’UCL). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pucl/1667>
98. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu’un supplément d’empathie. *Revue Médicale Suisse*. 2010;6:1511-3.
99. Note méthodologique et de synthèse. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. HAS; 2015 mars. (Points clé. Organisation des parcours).
100. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. oct 2012;60(10):E1-25.

TABLEAUX

Résultats bruts :

Les résultats prépondérants ont été surlignés. Certains regroupements ont été faits. Les effectifs faibles sont soulignés.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Décompte (sur 63 réponses complètes) <i>n</i>	Fréquence %
Sexe		
Femme	38	60,32
Homme	25	39,68
Age		
< 35 ans	13	20,63
35 – 55 ans	36	57,14
> 55 ans	14	22,22
Type d'exercice (subjectif)		
Rural	10	15,87
Semi-urbain / Semi-rural	36	57,14
Urbain	17	26,98
Type de commune d'exercice : Classification des communes selon DDT 73 juillet 2020 [56]		
Rural	12	19,05
Urbain	51	80,95
Secteur conventionnel d'exercice		
en secteur 1	61	96,83
en secteur 2	2	3,17
en secteur 3	0	0,00
Mode d'exercice		
En cabinet individuel	11	17,46
En cabinet de groupe	40	63,49
En Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)	12	19,05

Salariat (centre de santé par exemple)	0	0,00
--	---	------

Appartenance à une CPTS fonctionnelle ou en projet

Oui	17	26,98
Non	46	73,02

Durée d'installation

< 5 ans	17	26,98
5 - 15 ans	25	39,68
15 - 30 ans	12 (incohérence)	19,05
> 30 ans	9	14,29

Durée d'installation en Savoie

< 5 ans	17	26,98
5 - 15 ans	23	36,51
15 - 30 ans	15	23,81
> 30 ans	8	12,70

Nombre moyen de consultation /semaine

0 - 60	12	19,05
61 - 90	27	42,86
91 - 120	21	33,33
> 120	3	4,76

Composition estimée de la patientèle

Prédominance Pédiatrie (< 16 ans)	2	3,17
Prédominance Jeunes adultes (16 - 40 ans)	5	7,94
Prédominance Adultes (40 - 60 ans)	15	23,81
Prédominance Séniors (60 - 80 ans)	13	20,63
Prédominance Personnes âgées (> 80 ans)	4	6,35
Equilibrée	24	38,10

Nb de patients déclarés en MT

0 - 500	17	26,98
501 - 1000	28	44,44
1001 - 1500	12	19,05

1501 – 2000	<u>5</u>	7,94
> 2000	<u>1</u>	1,59
Activités d'enseignement		
Oui	34	53,97
Non	29	46,03
Informatisation du cabinet		
Oui	63	100,00
Non	0	0,00
Utilisation de MonSisRA		
Oui	63	100,00
Non	0	0,00
Je ne connais pas	0	0,00

Tableau 2 : Caractéristiques de la population source

La population source est également la population cible. Ses caractéristiques sont :

	Décompte (sur 424 médecins ciblés) <i>n</i>	Fréquence %
Sexe		
Femme	207	48,8
Homme	217	51,2
Total	424	100
Classification des communes selon DDT 73 juin 2018		
Rural	129	30,4
Urbain	295	69,6
Total	424	100
Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes Département de la SAVOIE Avril 2018 (pyramide des âges p14) [84]		
n = 417 (libéraux et mixtes)		
< 35 ans	46	11,03
35-55 ans	161	38,61

> 55 ans	210	50,36
Total	417	100

(libéraux et mixtes)

Mode d'exercice, selon le Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, Département de la SAVOIE. Avril 2018 [84]

Cabinet individuel	136	32,6
Cabinet de groupe	160	38,4
MSP	101	29
salariat	0	0
Total	417	100

Tableau 3 : Résultats - tableaux de fréquences

Partie 1 : Complexité et coordination

	Décompte (sur 63 réponses complètes) n	Pourcentage %
Pour quelle proportion de vos patients estimez-vous que la « Situation est Complexe » ?		
0%	0	0,00
< 25%	52	82,54
25 à 50 %	9	14,29
50 à 75 %	2	3,17
> 75%	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100
Avez-vous des difficultés de prise en charge pour ces situations perçues comme complexes ?		
Jamais	0	0,00
Rarement	20	31,75
Fréquemment	38	60,32
Très fréquemment ou tout le temps	5	7,94
Non concerné, je n'ai aucun patient en situation complexe	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100
Au vu de cette définition quelle est finalement votre estimation de la proportion de situations complexes dans votre patientèle ?		
0%	0	0,00
< 25%	59	93,65
25 à 50 %	3	4,76
50 à 75 %	1	1,59
> 75%	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

DE QUELS PATIENTS S'AGIT-IL ? (Plusieurs choix possibles)**Pédiatrique (< 16 ans) ?**

Jamais	11	17,46
Rarement	49	77,78
Fréquemment	3	4,76
très fréquemment ou tout le temps	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Jeunes Adultes (16 – 39 ans) ?

Jamais	10	15,87
Rarement	46	73,02
Fréquemment	7	11,11
très fréquemment ou tout le temps	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Adultes (40 – 59 ans) ?

Jamais	6	9,52
Rarement	42	66,67
Fréquemment	15	23,81
très fréquemment ou tout le temps	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Séniors (60 – 80 ans) ?

Jamais	0	0,00
Rarement	20	31,75
Fréquemment	40	63,49
très fréquemment ou tout le temps	3	4,76
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Personnes âgées (> 80 ans) ?

Jamais	1	1,59
Rarement	9	14,29
Fréquemment	40	63,49
très fréquemment ou tout le temps	13	20,63
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Que diriez-vous de l'évolution de cette proportion de Situations Complexes au fil du temps ?

En augmentation	33	52,38
Stable	30	47,62
En diminution	0	0,00
Sans réponse		0,00
Total	63	100

- Cette variation (Augmentation) concerne principalement quel type de patient ?

Pédiatrique (< 16 ans)	1	3,03
Jeune adulte (16 - 39 ans)	4	12,12
Adulte (40 - 59 ans)	2	6,06
Séniors (60 - 80 ans)	8	24,24
Personnes âgées (> 80 ans)	18	54,55

Sans réponse	0	0,00
Total	33	100

Selon vous l'exercice de la médecine générale d'aujourd'hui implique-t-elle forcément une partie « coordination » (sans que cela ne concerne tous les patients) ?

Oui	62	98,41
Non	0	0,00
Sans opinion	1	1,59
Sans réponse	0	1,32
Total	63	100

- Si oui, selon vous, depuis combien de temps la "Coordination" fait-elle partie de la Médecine générale ?

0 - 10 ans	7	11,29
10- 20 ans	13	20,96
> 20 ans	5	8,06
Depuis toujours	35	56,45
Sans réponse	0	0,00
Total	62	100

Pour les situations perçues comme complexes, ressentez-vous un besoin d'aide à la coordination ?

Oui	56	88,89
Non	7	11,11
Non concerné, je n'ai aucun patient en situation complexe	0	0,00
Sans réponse	0	0,0
Total	63	100

Avez-vous déjà « coordonné » la prise en charge autour de patients en situation complexe ? (à votre initiative ou pas)

Oui	60	95,24
Non	3	4,76
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

- Si oui, y avait-il, pour au moins une situation, un outil d'aide à la coordination ? (PPS, PPCS, Fiches HAS "points clé organisation des parcours" (AVC, insuffisance cardiaques...), check-lists sortie d'hospitalisation de plus de 24h, outils développés par des sociétés privées ...)

Oui	14	23,33
Non	46	76,66
Sans réponse	0	0,00
Total	60	100

- Y avait-il, pour au moins une situation, intervention d'une Structure externe d'Appui à la Coordination ? (MRSS, MAIA, CLIC, Réseau, INTERMED, SAMSAH, SAVS, INTERACTIONS73 par exemple, Equipe mobile de gériatrie, SSIAD, ...)

Oui	55	91,66
Non	8	4,41
Sans réponse	0	13,33
Total	60	100

Partie 2 : Connaissance du PPS/PPCS

	<i>Pourcentage</i>
Décompte	%

(sur 63 réponses
complètes)

n

Connaissez-vous la Maison des Réseaux de Santé de Savoie (MRSS) ?

Oui	55	87,30
Non	8	12,70
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Avez-vous déjà demandé une aide à la coordination par Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) à la MRSS ?

Oui	22	34,92
Non	41	65,08
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

(Ajustement sur la connaissance de la MRSS). Si vous connaissez la maison des réseaux - Avez-vous déjà demandé une aide à la coordination par Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) à la MRSS ?

Oui	22	40,00
Non	33	60,00
Sans réponse	0	0,00
Total	55	100

Avez-vous déjà entendu parler du « PPCS* » ou « PPS » ?**

Oui	21	33,33
Non	42	66,67
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

(Ajustement sur la connaissance de la MRSS). Avez-vous déjà entendu parler du « PPCS* » ou « PPS** » ?

Oui	21	38,18
Non	34	61,82
Sans réponse	0	0,00
Total	55	100

- Si oui, Comment ? (plusieurs réponses possibles)

Confrère	7	20,00
Formation continue	5	14,28
Communication de la MRSS	14	40,00
Connaissance du Dispositif PAERPA (depuis 2015)	2	5,71
Communication HAS/ARS	3	8,57
Média spécialisé	1	2,85
Autre, précisez	3	8,57
Total	35	100

Autre, précisez :	forum MGFrance
	IDE équipe mob de gériatrie
	CPTS
	ehpad

- Avez-vous déjà participé à un ou plusieurs PPS/PPCS* ?

Oui	10	47,62
Non	11	52,38
Sans réponse	0	0,00
Total	21	100

■ Si oui, quand vous avez participé à un ou plusieurs PPS/PPCS*? Était-ce en tant que Référent ?

Toujours	1	10,00
Parfois	5	50,00
Jamais	4	40,00
Sans réponse	0	0,00
Total	10	100

■ Quand vous avez participé à un ou plusieurs PPS/PPCS*, étiez-ce à votre initiative ?

Toujours	1	10,00
Parfois	4	40,00
Jamais	5	50,00
Sans réponse	0	0,00%
Total	10	100

■ Quand vous avez participé à un ou plusieurs PPS/PPCS*, étiez-ce à l'initiative d'un autre professionnel du champ Médico-psycho-social ?

Toujours	1	10,00
Parfois	6	60,00
Jamais	3	30,00
Sans réponse	0	0,00
Total	10	100

■ Quand vous avez participé à un ou plusieurs PPS/PPCS*, étiez-ce suite à une proposition de la MRSS ou autre structure ayant un rôle de coordination ?

Toujours	4	40,00
Parfois	3	30,00
Jamais	3	30,00
Sans réponse	0	0,00
Total	10	100

■ Quand vous avez participé à un ou plusieurs PPS/PPCS*, étiez-ce co-construit par la MRSS ou autre structure ayant un rôle de coordination ?

Toujours	2	20,00
Parfois	4	40,00
Jamais	4	40,00
Sans réponse	0	0,00
Total	10	100

■ Quand vous avez participé à un ou plusieurs PPCS/ PPS*, quelle est votre degré de satisfaction de cet outil ?

Très satisfait	5	50,00
Assez satisfait	5	50,00
Peu satisfait	0	0,00
Pas du tout satisfait	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	10	100

• Lorsque le/les PPS/PPCS* auxquels vous avez participé ont été co-construit par la MRSS, quel est votre degré de satisfaction de cette collaboration ?

Très satisfait	4	66,66
----------------	---	-------

Assez satisfait	2	33,33
Peu satisfait	0	0,00
Pas du tout satisfait	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	6	100

Partie 3 : Attractivité et Adaptation du PPCS/PPS à la pratique courante

	Décompte (sur 63 réponses complètes) n	Pourcentage %
Pensez-vous avoir mis en place, pour au moins un patient en situation complexe, un système de gestion équivalent ?		
Oui, et satisfaisant	22	34,92
Oui, mais non satisfaisant	13	20,63
Non	28	44,44
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

D'après cette explication et cet exemple, En Théorie, pensez-vous qu'un PPCS* pourrait faciliter la prise en charge de vos patients en situation complexe ?		
Oui	55	87,30
Non	1	1,59
Sans opinion	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

D'après cette explication et cet exemple seriez-vous prêt à l'utiliser si vous deviez l'initier et gérer le suivi seul ?		
Oui	11	17,46
Non	44	69,84
Sans opinion	8	12,70
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

D'après cette explication et cet exemple seriez-vous prêt à l'utiliser si vous deviez l'initier et gérer le suivi avec un appui de la MRSS (élaboration conjointe, suivi) ?		
Oui	54	85,71
Non	2	3,17
Sans opinion	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Selon vous quels sont les points forts de cet outil (en se basant sur votre expérience ou à défaut sur l'explication et l'exemple vus précédemment) ? (Choix multiple)

Il répond à mes besoins		
Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	7	11,11
Plutôt d'accord	50	79,37
Tout à fait d'accord	5	7,94
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

C'est un document complet adaptable à chaque situation

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	7	11,11
Plutôt d'accord	47	74,60
Tout à fait d'accord	8	12,70
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il centralise les informations et intervenants (contacts et formalisation des rôles)

Pas d'accord du tout	0	0,00
Plutôt pas d'accord	2	3,17
Plutôt d'accord	37	58,73
Tout à fait d'accord	24	38,10
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il optimise et facilite de la prise en charge médico-psycho-sociale ambulatoire (et limite les hospitalisations non nécessaires)

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	6	9,52
Plutôt d'accord	44	69,84
Tout à fait d'accord	12	19,05
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il facilite la coopération et la coordination entre "ville" et "hôpital"

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	13	20,63
Plutôt d'accord	42	66,67
Tout à fait d'accord	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il facilite le suivi longitudinal et transversal des patients

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	7	11,11
Plutôt d'accord	46	73,02
Tout à fait d'accord	9	14,29
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet l'implication active du patient/entourage

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	15	23,81
Plutôt d'accord	41	65,08
Tout à fait d'accord	4	6,35
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet de lutter contre la perte d'autonomie et de favoriser le maintien à domicile

Pas d'accord du tout	0	0,00
Plutôt pas d'accord	7	11,11
Plutôt d'accord	49	77,78
Tout à fait d'accord	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	8	12,70
Plutôt d'accord	44	69,84
Tout à fait d'accord	10	15,87
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il peut être mis en place et suivi en partie par la MRSS

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	4	6,35
Plutôt d'accord	43	68,25
Tout à fait d'accord	15	23,81
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet de connaître les ressources du territoire pour orienter les patients

Pas d'accord du tout	1	1,59
Plutôt pas d'accord	7	11,11
Plutôt d'accord	39	61,90
Tout à fait d'accord	16	25,40
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet un gain de temps global

Pas d'accord du tout	5	7,94
Plutôt pas d'accord	29	46,03
Plutôt d'accord	24	38,10
Tout à fait d'accord	5	7,94
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il permet une progression dans ma pratique professionnelle

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	15	23,81
Plutôt d'accord	36	57,14
Tout à fait d'accord	9	14,29
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il a une influence positive sur les dépenses de santé

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	22	34,92
Plutôt d'accord	33	52,38
Tout à fait d'accord	5	7,94
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Autre.s point.s fort.s non listé.s que vous souhaitez mentionner :

Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas de réponse (PR)	57	90,48
Autre, précisez	6	9,52
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Autre, précisez :	« 0 »
	« sortir le médecin de l'isolement et de l'échec »
	« il soulage le MT par la PEC commune du malade »
	« optimiser le traitement du patient »
	« connaissance interprofessionnelle des acteurs »
	« IL PERMET DE SOULEVER DES PROBLEMATIQUES NON PERCUES »

Quels sont les points négatifs OU les freins à son utilisation ? (choix multiples)

Je n'ai aucun besoin d'aide à la coordination

Pas d'accord du tout	35	55,56
Plutôt pas d'accord	26	41,27
Plutôt d'accord	2	3,17
Tout à fait d'accord	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

J'aimerais de l'aide à la coordination mais il ne répond pas à mes besoins

Pas d'accord du tout	18	28,57
Plutôt pas d'accord	34	53,97
Plutôt d'accord	10	15,87
Tout à fait d'accord	1	1,59
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

(Ajustement sur la réponse D'Accord à « Je n'ai aucun besoin d'aide à la coordination »

Pas d'accord du tout	17	27,88
Plutôt pas d'accord	33	54,10
Plutôt d'accord	10	16,37
Tout à fait d'accord	1	1,65
Sans réponse	0	0,00
Total	61	100

(Ajustement sur la réponse Oui à « Pour les situations perçues comme complexes, ressentez-vous un besoin d'aide à la coordination ? »

Pas d'accord du tout	16	28,57
Plutôt pas d'accord	29	52,85
Plutôt d'accord	10	17,85
Tout à fait d'accord	1	1,78
Sans réponse	0	0,00
Total	56	100

C'est chronophage

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	3	4,76
Plutôt d'accord	34	53,97
Tout à fait d'accord	23	36,51
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Les temps d'échanges entre différents intervenants sont difficilement réalisables

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	14	22,22

Plutôt d'accord	33	52,38
Tout à fait d'accord	13	20,63
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il n'apporte pas de bénéfice pour le patient

Pas d'accord du tout	27	42,86
Plutôt pas d'accord	33	52,38
Plutôt d'accord	3	4,76
Tout à fait d'accord	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il ne facilite pas la prise en charge

Pas d'accord du tout	21	33,33
Plutôt pas d'accord	33	52,38
Plutôt d'accord	9	14,29
Tout à fait d'accord	0	0,00
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il génère de la suradministration

Pas d'accord du tout	4	6,35
Plutôt pas d'accord	10	15,87
Plutôt d'accord	36	57,14
Tout à fait d'accord	13	20,63
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Il génère un travail « administratif » peu compatible avec l'exercice libéral et son mode de rémunération

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	8	12,70
Plutôt d'accord	25	39,68
Tout à fait d'accord	27	42,86
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

C'est un outil complexe

Pas d'accord du tout	3	4,76
Plutôt pas d'accord	24	38,10
Plutôt d'accord	26	41,27
Tout à fait d'accord	10	15,87
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Autre.s point.s faible.s non listé.s que vous souhaitez mentionner :

Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas de réponse	51	80,95
Autre, précisez	12	19,05
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Equivalence avec les items du questionnaire ?

Autre, précisez :

Besoins bien couverts

« sisra très efficace pour coordination pluripro »

	« 0 »
Travail administratif non compatible, suradministration, rémunération, professionnel de la coordination	« rôle d'agent salarié, trouver un mode de rémunération si libéral, pas le rôle du médecin traitant de gérer cette paprasserie en plus dossier MPDH etc »
	« divergence de choix concernant le suivi des patients »
	« Trop de réseaux maintenant. Tellement qu'on les connaît pas de toute façon et très chronophage... En pratique propre réseau dont je me sers. Des outils ou réseau d'aide c'est tjrs beau sur papier. Dans pratique c'est autre chose... on a pas le temps de gérer tout ça. Et marre de de suradministration de mon activité »
	« aucune rémunération du médecin libéral pour participer à des réunions longues avec divers intervenants la plupart salariés qui ne réalisent pas que notre situation n'a rien de comparable avec la leur »
	« le medecin traitant ne peut pas "porter" ce programme, ce n'est pas son rôle et il n'en a pas le temps »
	« il nous manque tout simplement des accès directs rapides aux divers intervenants, spécialistes en particulier !! »
	« Encore plus de papier mais toujours pas assez de soignants. »
	« Trouver un moment pour se rendre à une réunion avec tous les acteurs et ce pour un patient paraît très Chronophage. Je ne vois pas l'intérêt que le médecin s'entretienne avec le logeur social. Qu'il soit au courant des informations du logement mais rencontrer le logeur n'a pas d'intérêt (Par exemple). Les réunions pourraient être virtuelles (à distance par informatique). Ou se faire entre intervenants aux relations privilégiées (Infirmière/médecin et logeur Social avec assistant sociale par exemple). Puis mis en synthèse. »
	« Beaucoup d'intervenants dans la prise en charge, ce qui entraîne une dépendance du patient avec deresponsabilisation, et installation d'une dépendance. »
	« un document de plus? »

Partie 4 : Vos besoins en matière d'aide à la coordination

	Décompte (sur 63 réponses complètes) n	Pourcentage %
Quels seraient vos besoins en matière d'aide à la coordination ?		
"J'aurai besoin ... :"		
...d'aide pour l'évaluation initiale globale du patient et la centralisation des informations médico psycho sociales		
Oui, et besoin déjà Bien couvert	10	15,87
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	50	79,37
(Sous-total de « OUI »)	(60)	(95,24)
Non	3	4,76
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100
...d'aide pour la hiérarchisation des problèmes et besoins du patient		
Oui, et besoin déjà Bien couvert	12	19,05
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	30	47,62
(Sous-total de « OUI »)	(42)	(66,67)
Non	21	33,33

Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...qu'on me fournisse un recueil des intervenants (coordonnées et rôles)

Oui, et besoin déjà Bien couvert	12	19,05
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	48	76,19
(Sous-total de « OUI »)	(60)	(95,24)
Non	3	4,76
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...qu'on organise pour moi la rencontre des différents intervenants autour d'une situation complexe (physique ou virtuelle)

Oui, et besoin déjà Bien couvert	10	15,87
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	45	71,43
(Sous-total de « OUI »)	(55)	(87,30)
Non	8	12,70
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...d'avoir un "guichet unique" pour orienter sur les ressources territoriales pertinentes sanitaires et sociales (structures, professionnels...)

Oui, et besoin déjà Bien couvert	8	12,70
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	52	82,54
(Sous-total de « OUI »)	(60)	(95,24)
Non	3	4,76
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...de pouvoir solliciter l'intervention d'un professionnel de la coordination

Oui, et besoin déjà Bien couvert	15	23,81
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	46	73,02
(Sous-total de « OUI »)	(61)	(96,83)
Non	2	3,17
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...qu'on me propose un parcours de santé personnalisé pour mon patient

Oui, et besoin déjà Bien couvert	8	12,70
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	37	58,73
(Sous-total de « OUI »)	(45)	(71,43)
Non	18	28,57
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...d'être aidé mais de rester le pivot, le Référent

Oui, et besoin déjà Bien couvert	22	34,92
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	30	47,62
(Sous-total de « OUI »)	(52)	(82,54)
Non	11	17,46
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...que la communication entre les différents intervenants « de ville » ou d'"hôpital" soit facilitée

Oui, et besoin déjà Bien couvert	15	23,81
----------------------------------	----	-------

Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	43	68,25
(Sous-total de « OUI »)	(58)	(92,06)
Non	5	7,94
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...d'avoir un outil numérique performant de coordination inclus dans mon logiciel métier

Oui, et besoin déjà Bien couvert	4	6,35
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	38	60,32
(Sous-total de « OUI »)	(42)	(66,67)
Non	21	33,33
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...de pouvoir solliciter une aide extérieure pour l'éducation du patient et/ou entourage

Oui, et besoin déjà Bien couvert	15	23,81
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	38	60,32
(Sous-total de « OUI »)	(53)	(84,13)
Non	10	15,87
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...qu'il y ait une rémunération du temps hors consultation pour faire de la coordination

Oui, et besoin déjà Bien couvert	4	6,35
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	57	90,48
(Sous-total de « OUI »)	(61)	(96,83)
Non	2	3,17
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...de déléguer les tâches administratives (mise en place des prestations pour les patients et suivi des interventions, rédaction des documents, ...)

Oui, et besoin déjà Bien couvert	3	4,76
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	56	88,89
(Sous-total de « OUI »)	(59)	(93,65)
Non	4	6,35
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...de gagner du temps

Oui, et besoin déjà Bien couvert	5	7,94
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	51	80,95
(Sous-total de « OUI »)	(56)	(88,89)
Non	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

...d'avoir un outil pour éviter les « ratés » dans la prise en charge

Oui, et besoin déjà Bien couvert	3	4,76
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	52	82,54
(Sous-total de « OUI »)	(55)	(87,30)
Non	8	12,70
Sans réponse	0	0,00

Total	63	100
-------	----	-----

...que le Dossier Médical Partagé (DMP) soit déployé et fonctionnel

Oui, et besoin déjà Bien couvert	2	3,17
Oui, mais besoin Non ou insuffisamment couvert	44	69,84
(Sous-total de « OUI »)	(46)	(73,02)
Non	17	26,98
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Autre.s besoin.s non listé.s pour vous aider dans la coordination de situations complexes que vous souhaitez mentionner :

Pas de réponse	56	88,89
Autre, précisez	7	11,11
Sans réponse	0	0,00
Total	63	100

Equivalence avec les items du questionnaire ?	Autre, précisez :
	0
<i>Professionnel de la coordination</i>	un agent administratif de coordination connaissant les ressources du territoire, intérêt des CPTS ++
<i>Professionnel de la coordination</i>	1 intervenant coordinateur
<i>Besoin de temps</i>	du temps !! ... qu'il faut pour alimenter l'outil présenté...
<i>Besoin de temps. Rémunération ad</i>	de temps rémunéré !!!
<i>Professionnel de la coordination</i>	Déléguer à une personne unique la prise en charge psycho administrativo sociale
<i>Guichet unique</i>	coordination locale territoriale (type CPTS)

ANNEXES

Annexe 1 : E-mail d'invitation à participer à l'étude

E-MAIL D'INVITATION, A PARTICIPER A L'ETUDE POUR THESE DE MG, CO-SIGNEE PAR LA MRSS

BONJOUR, Nous vous contactons pour solliciter votre participation au travail de **Thèse** d'exercice de Médecine Générale de Mme Amélie MARTY, médecin généraliste remplaçant en répondant à un questionnaire pour l'étude qui s'intitule :

Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé,

un outil d'aide à la coordination des situations complexes en ambulatoire :

connaissance, adaptation au besoin et à la pratique professionnelle des médecins généralistes de Savoie.

- Enquête de pratiques professionnelles -

Lien questionnaire :

<https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/662572?lang=fr>

Ce projet parle de **Coordination en santé**, la coordination des soins pour les patients en « situation complexe ». Ces situations pour lesquelles vous vous arrachez parfois les cheveux.

Projet, mené sous la direction du Dr Sandra MARTENS, monté en collaboration avec la Maison des Réseaux de Santé de Savoie (MRSS)

Que vous utilisiez ou non cet outil d'aide à la coordination, votre opinion sera intéressante.

Votre participation est libre et volontaire et peut cesser à tout moment.

Temps de réponse estimé : 10 minutes

➡ **N'hésitez pas à transférer cet e-mail à tous vos contacts médecins généralistes savoyards.** ⬅

Il faut au moins 220 réponses pour obtenir une valeur statistique suffisante, c'est pourquoi nous comptons sur vous !

Veuillez agréer l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

Grégory GOSSELIN, Directeur de la MRSS

Amélie MARTY, thésarde et investigateur principal

Quelques précisions et mentions légales :

Cette étude a pour objectifs de :

- réaliser un état des lieux, auprès des médecins généralistes de Savoie de la connaissance de l'outil « PPCS »,
- recueillir vos attentes en termes d'aide à la coordination
- analyser l'adaptation de cet outil tel qu'il est décliné localement, sur la base d'un exemple, à votre pratique, à vos besoins, pour, le cas échéant donner des pistes d'amélioration pour faciliter la prise en charge de ces patients.

Le questionnaire est anonyme et restera confidentiel. Vous serez amené à donner certaines informations personnelles non sensibles qui sont essentielles à l'analyse statistique.

Les informations personnelles recueillies seront par la suite pseudonymisées et conservées uniquement le temps de la réalisation de ce travail (6 mois ou jusqu'à 2 ans si publication).

Le site hébergeant le questionnaire est protégé et sécurisé.

Vos coordonnées professionnelles ne seront pas utilisées à d'autres fins que pour vous contacter pour cette étude. Elles ne seront pas diffusées.

Les résultats de l'étude vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Lien questionnaire :

<https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/662572?lang=fr>

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD),

- *La conformité du traitement des données personnelles collectées dans cette étude a été évaluée et a reçu un avis favorable du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université Grenoble Alpes. L'étude a ensuite été portée au registre du CIL de l'Université Grenoble Alpes.*
- *Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant :*

Mme le Dr Sandra MARTENS

- [Données à caractère personnel]
-

QUESTIONNAIRE THESE :

Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé,
un outil d'aide à la coordination des Situations Complexes soins primaires :
Connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de Savoie
- Enquête de pratiques professionnelles -

- Préambule : exercez-vous bien en tant qu'omnipraticien ? (si vous avez une orientation particulière, elle ne doit pas être prédominante)
Oui : vous pouvez répondre au questionnaire, **Non** : vous n'êtes pas concerné par cette étude.
- Etes-vous médecin remplaçant ?
Oui : Vous n'êtes pas concerné par cette étude, **Non** vous pouvez répondre au questionnaire

Situations complexes et Coordination

Avant de parler du Plan personnalisé de Coordination de Santé, il faut évoquer les 2 notions qui sous-tendent l'existence d'un tel document.

- 1- Pour quelle proportion de vos patients estimez-vous que la « Situation est Complexe » ?
 - 0%
 - < 25%
 - 25 à 50 %
 - 50 à 75 %
 - > 75%
- 2- Avez-vous des difficultés de prise en charge pour ces situations perçues comme complexes ?
 - Non concerné, je n'ai aucun patient en situation complexe
 - jamais fréquemment
 - rarement très fréquemment ou tout le temps

Voici une proposition de définition de Situation Complexe en santé

(Cette Définition de Complexité est celle qui est utilisée dans la suite de ce questionnaire.) :

« Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours »

(Note méthodologique et de synthèse documentaire. (« Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », HAS – septembre 2014)

3- Au vu de **cette** définition quelle est finalement votre estimation de la proportion de Situations complexes dans votre patientèle ?

- 0%
- < 25%
- 25 à 50 %
- 50 à 75 %
- > 75%

4- De quel type de patients s'agit-il ? (1 réponse par ligne)

	jamais	rarement	fréquemment	Très fréquemment ou toujours
Pédiatriques (<16 ans)				
Jeunes adultes (16-39 ans)				
Adultes (40 – 59 ans)				
Séniors (60-80 ans)				
Personnes âgées (> 80 ans)				

5- Que diriez-vous de l'évolution de la proportion des Situations complexes au fil du temps ?

- En augmentation
- Stable
- En diminution

(Si réponse = augmentation >> question 6, sinon question 7)

6- Cette variation concerne principalement quelle type de patient ?

- Pédiatrique (< 16 ans)
- Jeunes adultes (16 – 39 ans)
- Adultes (40 – 59 ans)
- Séniors (60 – 80 ans)
- Personnes âgées (> 80 ans)

Voici une Définition de Coordination en santé :

« Coordonner les parcours des patients a pour objet de rendre plus pertinentes et efficaces les interventions des différents professionnels et structures. Il s'agit de délivrer les bons services au bon moment en minimisant l'occurrence de ruptures ou d'hospitalisation, tout en assurant une meilleure qualité de vie aux patients et à leurs proches ». (*Livre blanc sur les maladies chroniques – Collège de Médecine Générale- 31/03/2014*).

« Ensemble des activités de planification, de suivi et d'évaluation des interventions [...] des acteurs sociaux, sanitaires, et médicosociaux » (*ministère de la santé*)

En France, le choix a été de confier au médecin traitant la responsabilité de coordonner le parcours de soins.

7- Selon vous l'exercice de la médecine générale d'aujourd'hui implique-t-elle forcément une partie « **coordination** » (sans que cela ne concerne tous les patients) ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

8- Si oui depuis combien de temps ?

- 0 -10 ans
- 10-20 ans
- >20 ans
- Depuis toujours

- 9- Pour tout ou partie des situations perçues comme complexes, ressentez-vous un besoin d'aide à la coordination ?
 Non concerné, je n'ai aucune situation complexe Oui Non
- 10- Avez-vous déjà « coordonné » la prise en charge autour de patients en situation complexe ? (à votre initiative ou pas)
 Oui Non
- 11- Si oui (à la question 10), y avait-il, pour au moins une situation, un **outil** d'aide à la coordination (PPS, PPCS, Fiches HAS : Points clé organisation des parcours (AVC, insuffisance cardiaques...), check-lists sortie d'hospitalisation de plus de 24h, outils développés par des sociétés privées ...)
 Oui, lequel/lesquels : Non
- 12- Si oui (à la question 10), y avait-il, pour au moins une situation, intervention d'une **Structure** externe d'Appui à la Coordination (dont les champs d'action sont variables et plus ou moins étendus), par exemple : MRSS, HAD, MAIA, CLIC, Réseau thématique, INTERMED, SAMSAH¹⁷, SAVS, INTERACTIONS 73, Equipe mobile de gériatrie, SSIAD, ...
 Oui Non

Connaissance du Plan Personnalisé de Coordination de Santé (PPS), anciennement Plan Personnalisé de Santé (PPS).

Par la suite, seuls les acronymes PPCS et PPS seront utilisés.

- 13- Connaissez-vous la Maison des Réseaux de Santé de Savoie (MRSS) ?
 Oui Non
- 14- Avez-vous déjà entendu parler du « PPCS » ou « PPS » ?
 Oui Non
- 15- Si oui (à la question 14), comment ? :
 Confrère Connaissance du Dispositif PAERPA (depuis 2015)
 Formation continue Communication HAS/ARS
 Communication de la maison des réseaux de Santé de Savoie (MRSS), Médias spécialisés
 Autre, précisez :
.....
- 16- Si oui (à la question 14), avez-vous déjà été « impliqué » dans un ou plusieurs PPS/PPCS ?
 Oui Non
- 17- Si oui (à la question 16), était-ce : (1 réponse par ligne)

	TOUJOURS	PARFOIS	JAMAIS
En tant que référent			
En tant que membre de la Coordination Clinique de Proximité (CCP)			
A votre initiative			

¹⁷ SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

A l'initiative d'un autre professionnel du champ médico-psycho-social			
Suite à la proposition de la MRSS ou autre Structure ayant un rôle de coordination			
Co-construit par la MRSS ou autre Structure ayant un rôle de coordination			

18- Si vous avez déjà été « impliqué » dans un PPCS/ PPS (= oui à la question 16), quelle est votre degré de satisfaction de cet outil ?

- Très satisfait Peu satisfait
 Assez satisfait Pas du tout satisfait

19- (Si oui à la question 16), Si vous avez déjà eu l'occasion d'être impliqué dans un (ou plusieurs) PPCS/PPS co-construit par la MRSS, quel est votre degré de satisfaction de cette collaboration ?

- Jamais aucune intervention de la MRSS Peu satisfait
 Très satisfait Pas du tout satisfait
 Assez satisfait

Vos besoins en matière d'aide à la coordination

20- Les propositions suivantes correspondent-elle à un besoin d'aide à la coordination ? Indiquez le cas échéant comment est couvert ce besoin.

	Oui et Besoin non satisfait	Oui Besoin non ou insuffisamment satisfait	Pas de besoin
Aide à l'évaluation initiale globale du patient			
Aide à la hiérarchisation des problèmes et besoins du patient			
Avoir un recueil des intervenants (coordonnées et rôles)			
Rencontrer les différents intervenants autour d'une situation complexe (physique ou virtuelle)			
Avoir un guichet unique pour orienter sur les ressources territoriales pertinentes (structures, professionnels...)			
Intervention d'un professionnel de la coordination			
Centralisation des informations médico psycho sociales			
Proposition d'un parcours de santé personnalisé			
Déléguer tout en restant le pivot, le coordonnateur de proximité			
Une communication facilitée entre les différents intervenants « de ville »			
Une communication facilitée avec l'Hôpital			

Un outil numérique performant de coordination inclus dans mon logiciel métier			
Des outils regroupés d'aide à la prise en charge médico-psycho-sociale (arbres décisionnels, recommandations, conduites à tenir...)			
Une aide à l'autonomisation du patient (éducation thérapeutique, ...)			
Organisation de temps de concertation pluriprofessionnelle et de décision partagée (physique ou virtuelle)			
Mieux connaître les ressources territoriales sanitaires et sociales			
Avoir une rémunération adaptée à cette mutation de l'exercice : rémunération du temps hors consultation.			
Déléguer les tâches administratives nécessaires à la mise en place des prestations pour les patients			
Déléguer le suivi des interventions des prestataires auprès des patients			
Déléguer les temps d'élaboration, de synthèse et de diffusion des documents après les réévaluations des situations			
Gagner du temps			
Eviter les « ratés »			
Autre : Précisez :			

Attractivité et adaptation du PPCS à votre pratique courante pour la gestion des situations complexes

Voici une explication brève du PPCS, anciennement PPS :

POUR QUI : Peut concerner toute personne fragile/ porteuse d'une ou plusieurs pathologies chroniques /avec problématique psycho-sociale.

QUOI : Outil de coordination générique pour :

- Améliorer le parcours de santé de l'utilisateur
- Centraliser les informations
- Planifier et personnaliser les prises en charge complexes
- Favoriser et faciliter la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique
- Favoriser l'implication de l'utilisateur dans son parcours de santé

Il est :

- Co-construit par les professionnels, la personne, et son entourage
- Un cadre de référence visant à homogénéiser la coordination des situations complexes
- Adaptable aux spécificités de chaque démarche
- Un document écrit, partagé, idéalement dématérialisé et révisé périodiquement.

COMMENT :

- Une méthodologie séquentielle :
 - o Repérage de la personne
 - o Evaluation de ses besoins et des priorités du patient puis synthèse
 - o Elaboration concertée d'un plan d'action à 3 volets :
 - Soins, Aides, Accompagnements*
 - o Définition des rôles et limites de chacun
 - o Mise en œuvre des actions
 - o Evaluation et révision des actions
 - o Suivi itératif jusqu'à la résolution des problèmes
- **Même importance** pour les problématiques Médicales, Psychologiques, Sociales et « Environnementales »
- **Le Référent :** Un interlocuteur privilégié qui fait vivre le PPCS (n'importe lequel des intervenants ayant participé à l'élaboration)
- **Centralisation** des différents Renseignements
 - o administratifs, entourage, personne de confiance, directives anticipées, conditions de vie et éléments sociaux ...
 - o Liste des intervenants, leurs coordonnées et leur rôle

et https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

<https://evaliss.fr/wp-content/uploads/2019/08/Plan-personnalis%C3%A9-de-coordination-en-sant%C3%A9-1.pdf>

Des exemples concrets sont disponibles :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_cas_pratiques_ppcs_web.pdf

En Savoie les PPS élaborés sont souvent proposés par la MRSS à l'issue d'une situation analysée en « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ».

Voici un exemple anonymisé Du PPS/PPCS tel qu'il est décliné en Savoie, réalisé à la suite d'une RCP :



**COMPTE RENDU de la
REUNION DE CONCERTATION du 10/12/19**
Madame O., née le xx/xx/1966

POINT SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE

- besoin d'être protégée financièrement
- besoin d'être soulagée dans son rôle d'aïdante
- besoin de contact extérieur

Personnes présentes :

- XXX, coordonnatrice d'appui, MRSS
- XXX, pharmacien du centre
- Dr XXX, médecin généraliste
- XXX, assistant social de service social, CPAS d'Albertville, Conseil départemental
- XXX, réseau INTERMED

Personnes excusées :

- Dr XXX, médecin spécialiste, SSR Reine Hortense
- XXX, conseillère logement, UDAF

Lieu de la réunion :

CPAS Albertville

OBJECTIFS

- faire le point sur les interventions de chacun auprès de Madame
- points de vigilance relevés
- clarification des actions à prioriser et coordination des actions

CONTEXTE DE LA REUNION DE CONCERTATION

Besoin des professionnels de se voir pour faire le point.

SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE

La consommation de morphiniques de Mme est stabilisée.

Mme est parfois désorientée, perturbée par les nombreuses sollicitations des membres de sa famille. Elle a pu verbaliser son sentiment de solitude et d'isolement. Elle est en demande en direction des professionnels.

Mme O a bénéficié d'un séjour au SSR Reine Hortense en septembre dernier.

Mme héberge et aide son père en perte d'autonomie.

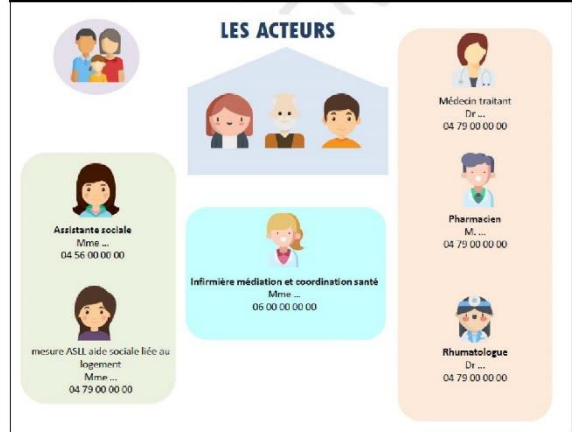
Elle a bénéficié d'une mesure ASLL (accompagnement social lié au logement) portée par l'UDAF en la personne de Mme XXX de mai à octobre 2019. Les objectifs de cette mesure étaient le travail sur un éventuel relogement et l'évaluation de la gestion administrative et budgétaire par Mme. Le premier objectif n'a pas abouti. En revanche, cet accompagnement a permis la demande de mise sous protection de Mme.

L'infirmière médiation santé INTERMED s'est mise en retrait durant la durée de la mesure ASLL.

L'assistant social de secteur accompagne Mme de façon renforcée.

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

LA PERSONNE			
Date d'initiation du PPS	10/12/2019	Nom	
		Prénom	
		Date de naissance	01/01/1968
Réfèrent du PPS		Priorité actuelle de la personne	- besoin d'être protégée financièrement - besoin d'être soulagée dans son rôle d'aïdante - besoin de contact extérieur
		Problématique actuelle	



Dispositif d'appui à la coordination en santé
Rédigé par le 01/10/19

Maison des Réseaux de Santé de Savoie - ESPACE RYNYHÈRE -
94, Bis Rue de la Réverez - 73000 CHAMBERY
☎ 04.79.62.29.69 - ☎ 04.79.62.39.71 - ✉ info@mrss.fr
SIRET : 48460820300036 - APE : 9499Z

Dispositif d'appui à la coordination en santé
Rédigé par le 01/10/19

Maison des Réseaux de Santé de Savoie - ESPACE RYNYHÈRE -
94, Bis Rue de la Réverez - 73000 CHAMBERY
☎ 04.79.62.29.69 - ☎ 04.79.62.39.71 - ✉ info@mrss.fr
SIRET : 48460820300036 - APE : 9499Z

Objectifs partagés par les acteurs : Travailler en concertation autour des actions à mener auprès de Mme.		
Acteurs	Actions en cours	Actions à venir
Mme Infirmière Médiation santé	Intervention INTERMED	- RDV tous les mois pour accompagner Mme : notamment sur l'aide à la réflexion par rapport à la prise de médicament afin de contrer les difficultés de Mme - Retour RCP avec la MRSS en janvier 2020
Mme Assistante sociale	Accompagnement tous les 15 jours : - Ouverture boîte aux lettres - Accompagnement à l'autonomisation sur la gestion concrète des documents administratifs (mise en place classeurs pour les documents nouveaux, rangement progressifs des anciens)	- Poursuite accompagnement - Proposition d'un groupe « Reflets de femme » animé par le CPAS sur l'estime de soi et valorisation en tant que femme - Lien avec assistante social au CHAM pour constitution dossier demande APA pour Morsieur.
Dr Médecin traitant	Lien de confiance maintenu	- Poursuite du suivi médical - discuter avec Mme pour ordonnance gestion pilulier semainier
Dr Rhumatologue	Préconise un séjour SSR tous les 3 / 4 mois ; reconnaît les difficultés pour Mme pour se dégager des contraintes familiales et gérer l'organisation ; souhaiterait un interlocuteur identifié pour organiser cela	
Monsieur Pharmacien	Lien de confiance dégagé de toute pression	Maintenir le lien
Coordonnatrice d'appui	Organisation, animation et rédaction du compte-rendu de réunion de concertation	- Organisation temps de rencontre avec le Pélican d'Albertville - Retour à Mme sur la RCP en janvier 2020 avec INTERMED : • Mme est-elle OK pour anticiper une mise en lien professionnels Ville- professionnel SSR Reine HORTENSE ? • Evoquer avec Mme la possibilité d'une aide infirmière pour la gestion du semainier • Evoquer proposition groupe « Reflets de femme » • Evoquer une reprise en charge CMP - Proposer une mise en lien avec le SSR Reine Hortense ; anticipation du prochain séjour - Mise en vigilance par rapport à l'introduction d'un suivi infirmier par semainier

CONCLUSIONS
Priorités au niveau social :
Mise en place d'aide pour le père de Mme au domicile pour prévenir risque d'épuisement de Mme aidante
Faire le lien avec l'organisme qui sera en charge de la mesure de protection
Priorités au niveau médical :
Stabilisation de la gestion de la prise du traitement

MERCI A TOUS DE VOTRE PRESENCE
Ce document est confidentiel et s'adresse aux professionnels invités à la réunion de concertation pluri-professionnelle.

Dispositif d'appui à la coordination en santé
Rédigé par le 01/10/19

Maison des Réseaux de Santé de Savoie - ESPACE RYNYHÈRE -
94, Bis Rue de la Réverez - 73000 CHAMBERY
☎ 04.79.62.29.69 - ☎ 04.79.62.39.71 - ✉ info@mrss.fr
SIRET : 48460820300036 - APE : 9499Z

Dispositif d'appui à la coordination en santé
Rédigé par le 01/10/19

Maison des Réseaux de Santé de Savoie - ESPACE RYNYHÈRE -
94, Bis Rue de la Réverez - 73000 CHAMBERY
☎ 04.79.62.29.69 - ☎ 04.79.62.39.71 - ✉ info@mrss.fr
SIRET : 48460820300036 - APE : 9499Z

21- D'après cette explication et cet exemple, En Théorie, pensez-vous qu'un PPCS pourrait faciliter la prise en charge de vos patients en situation complexe ?

- Oui, toujours Oui, parfois Non, jamais sans opinion

22- Pensez-vous avoir mis en place, pour au moins un patient en situation complexe, un système de gestion équivalent ?

- Oui : satisfaisant Oui mais non satisfaisant Non

23- Et en pratique, D'après cette explication et cet exemple seriez-vous prêt à utiliser le PPCS pour toutes ou certaines de vos situations complexes,

a. si vous deviez l'initier et le faire vivre seul ?

- Oui Non Sans opinion

b. si vous deviez l'initier et le faire vivre avec un appui de la MRSS (élaboration conjointe, suivi) ?

- Oui Non Sans opinion

24- Avez-vous déjà demandé une aide à la coordination par RCP à la MRSS ?

- Oui Non

25- Selon vous quels sont les points fort de cet outil (en se basant sur votre expérience ou à défaut sur l'explication et sur l'exemple vus précédemment) ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Il répond à mes besoins				
Document cadre adaptable à chaque situation				
Document complet				
Centralisation des informations et intervenants (contacts et formalisation des rôles)				
Optimisation de la PEC médico-psycho-sociale ambulatoire				
Facilite la coopération et la coordination pluriprofessionnelle ambulatoire				
Facilite la coopération et la coordination entre ville et hôpital				
Facilite le suivi longitudinal et transversal des patients				
Permet l'implication active du patient/entourage				
Lutte contre la perte d'autonomie et favorise le maintien à domicile				
Améliore la qualité de vie des personnes et de leurs aidants				
Peut être mis en place et suivi en partie par la MRSS				
Permet de connaître les ressources du territoire pour orienter les patients				
Gain de temps global				
Progression dans la pratique professionnelle				
Influence positive sur les dépenses de santé.				
Autre, précisez :				

26- Quels sont les points négatifs et les freins à l'utilisation ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Aucun besoin d'aide à la coordination				
Nécessite un accès aux outils informatiques				
Chronophage				
Temps d'échanges entre différents intervenants difficilement réalisables				
Pas de bénéfice pour le patient				
Ne facilite pas la prise en charge				
Problème de rémunération				
Suradministration				
Travail « administratif » peu compatible avec l'exercice libéral et son mode de rémunération				
Outil complexe				
Autre, précisez :				

Vous et votre exercice professionnel.

Les questions suivantes sont destinées à mieux vous connaître et préciser votre activité professionnelle.

1- Vous êtes :

- un homme
- une femme

2- Votre Age :

- <35 ans
- 35-55 ans
- >55 ans

3- Commune principale d'exercice :

4- Vous considérez votre exercice comme étant :

- En milieu rural
- En milieu semi rural/semi urbain
- En milieu urbain

5- Vous exercez :

- En secteur 1
- En secteur 2
- En secteur 3

6- Comment exercez-vous ?

- cabinet individuel
- cabinet de groupe,
- MSP
- salariat (centre de santé par exemple)

7- 2^e type d'activité s'il y a lieu ou orientation particulière (acu, sport...) :

- Non concerné
- Réponse libre :
.....
.....

8- Appartenez-vous à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) opérationnelle ou en élaboration ?

- Oui
- Non

9- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- <5 ans
- 5-15 ans
- 15-30 ans
- >30 ans

10- Et depuis combien de temps êtes-vous installé en Savoie ?

- <5 ans
- 5-15 ans
- 15-30 ans
- >30 ans

11- Nombre moyen de consultations par semaine habituellement :

- 0-60
- 61-90
- 91-120
- > 120

12- Comment estimez-vous la composition de votre patientèle ?

- prédominance pédiatrie (< 16 ans)
- prédominance 16-40 ans
- prédominance 40-60 ans
- prédominance > 60 ans
- Equilibrée

13- De combien de patients êtes-vous le médecin traitant ? (même approximativement) :

.....

14- Votre cabinet est-il informatisé ?

- Oui
- Non

15- Utilisez-vous MonSisRA ?

- Oui
- Non
- Je ne connais pas

16- En parallèle, avez-vous des activités d'enseignement : MSU, séminaires, DU, CNGE, autre...

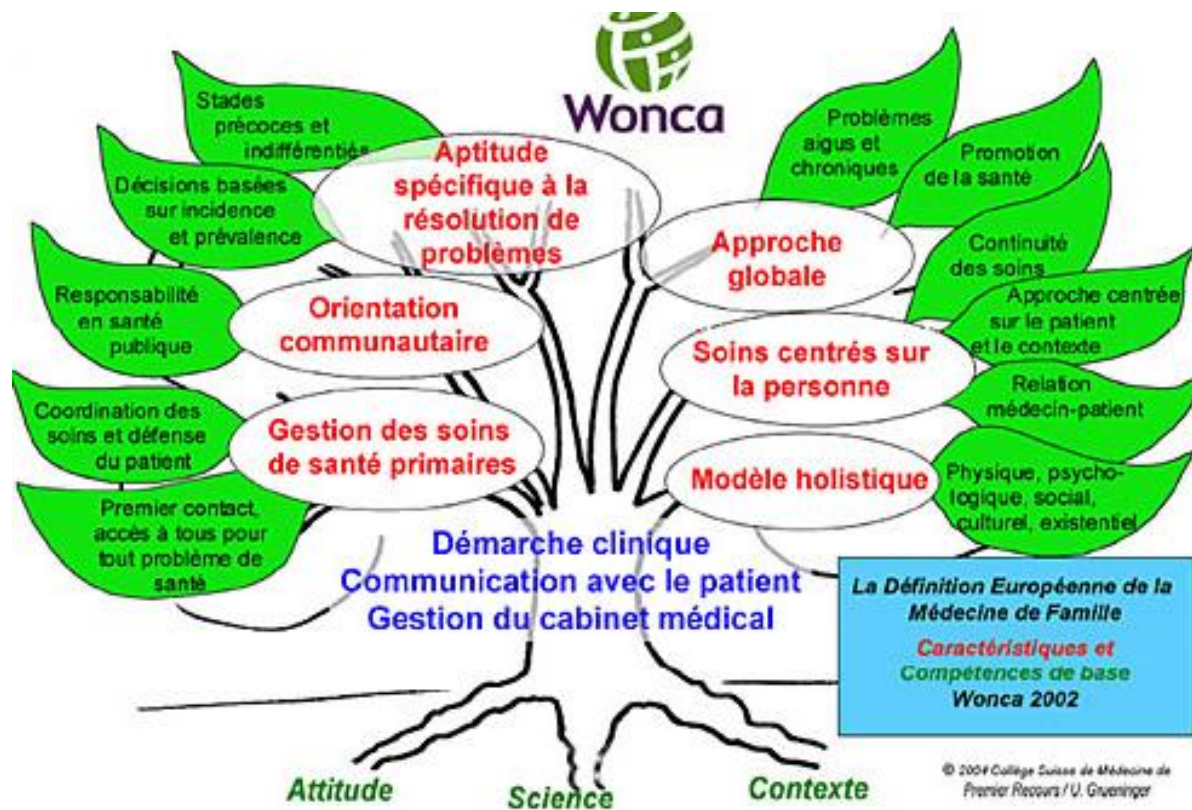
- Oui
- Non

Annexe 3 : Découpage territorial de l'appui à la coordination par la MRSS en Savoie





C. Attali, P. Bail, groupe niveaux de compétences du CNGE



I.1. RETOUR SUR L'ETAT DES LIEUX DES SITUATIONS COMPLEXES EN SAVOIE

I.1.1. Une notion familière

La notion de SC est une notion familière [66]. Elle fait probablement appel à un ressenti puisque d'autres études s'étant intéressées à la question [49],[47] ont montré que la définition des MG est souvent parcellaire. Aucune définition univoque n'existe d'ailleurs [66]. Ce ressenti semble cependant évaluer la complexité à son juste niveau puisque les proportions avant et après la définition proposée sont semblables.

I.1.2. Une réalité pour tous

En plus d'être une notion familière, **c'est aussi une réalité pour tous les MG de Savoie**. Ces SC représentent une part non négligeable de leur activité. Ce volume de 25% maximum est cohérent avec les données de la littérature internationale [66],[67] ; par contre l'étude ne permet pas de préciser la variabilité sur cette fourchette. Aucun déterminant influençant le volume de ces SC n'a été mis en évidence ici.

I.1.3. Les plus de 60 ans sont principalement en cause

En Savoie comme dans la littérature [67],[22], les SC concernent principalement les patients de plus de 60 ans, en particulier les plus de 80 ans. En témoignent les dispositifs créés au fil du temps : HAD, les CLIC pour les plus de 65 ans, les MAIA pour les maladies neurodégénératives, le PRADO (aide au retour à domicile), PAERPA pour les plus de 75 ans (Parcours de santé des aînés). En effet, La polypathologie chronique est une cause majeure de situations complexes. L'âge constitue le premier facteur de risque de multimorbidité [85]. En France, 70% des 65 ans et plus vivent avec au moins trois pathologies chroniques [86] et c'est à partir de 75 ans qu'il y a un retentissement fonctionnel important avec limitation d'activité. Le rapport de la DREES sur l'Etat de santé de la population en France en 2017 constate que « moins de 15 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, contre 75 % des personnes âgées de 85 ans ou plus » [9].

Les autres âges en génèrent aussi, mais elles ne portent pas sur les mêmes problématiques. Les jeunes sont plus concernés par des affections mentales et des problèmes d'addiction et le handicap [22], [67].

I.1.4. Des situations qui vont augmenter

Cette étude suggère que le nombre des SC est en augmentation ou au mieux stable et que l'augmentation est le fait des patients de plus de 60 ans et en particulier les plus de 80 ans, qui sont comme le montre la littérature, très souvent porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques [11], [80] [9]. En effet, la polypathologie est déjà la règle en médecine générale pour les patients de plus de 75 ans [9] [87] et elle est souvent source de complexité ne serait-ce que par le nombre d'intervenants.

En France, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent une personne sur dix [80]. Le phénomène de Transition épidémiologique et Démographique amène à projeter qu'en 2040, 10,6 millions de personnes (14,6% des Français) auront 75 ans ou plus (soit 5,5% de plus en 25 ans) [68]. En plus de cette augmentation, de récents travaux montrent une évolution moins favorable de l'espérance de vie sans incapacités ces dernières années par rapport aux décennies précédentes [11]. En 2015 un homme de 65 ans avait une espérance de vie de 19 ans dont 9,7 sans limitation d'activité. Pour les femmes elle était de 10,6 ans sur 23,5 ans [9]. Ainsi on estime que 2,2 millions de personnes seront en perte d'autonomie en 2050 [74] contre 1,2 millions en 2012 [11].

De plus, la volonté des pouvoirs publics de renforcer le « dépistage » des maladies chroniques et des personnes vulnérables comme inscrit dans les récentes lois de santé, risque de participer à cette augmentation de volume, toutes catégories confondues, en ramenant dans le système de santé des usagers n'ayant pas spontanément recours aux soins.

I.1.5. Déterminants de santé des situations complexes

Depuis le XVIIIe siècle [8] la **Transition Epidémiologique et Démographique** est à l'œuvre et ce phénomène s'accélère.

L'âge et la prévalence des maladies chroniques.

La désadaptation du système de santé français.

Une problématique sociale : La précarité et les gradients sociaux sont source d'inégalités sociales avec retentissement sur la santé [9]. Ainsi à partir de la crise économique de 2008, l'accès aux soins des plus précaires s'est détérioré, souvent par renoncement financier [88].

Une évolution de la relation médecin-patient : De beaucoup de relations ponctuelles pour un problème aigu, à beaucoup de suivis au long cours pour une ou plusieurs comorbidités chroniques. 40% des consultations chez le MG concerne un patient polypathologique chronique [89]. Du paternalisme vertical avec un patient « exécutant » à une relation horizontale où le patient est acteur central de sa santé (loi du 04-03-2002). Des patients non-sachants à des patients informés, sentinelles ou experts [90] avec des attentes différentes notamment de communication, de partenariat et de promotion de la santé [91] [92].

Une transition médicale

- L'explosion des progrès scientifiques, techniques, toujours plus pointus contribuent au fractionnement d'un paysage sanitaire de moins en moins lisible [93].
- Le confortement du rôle de coordination du MT dans la législation, avec élargissement de ses fonctions [90].
- Le virage ambulatoire qui appelle à une nouvelle organisation et nécessite une coordination efficace à une interface critique qu'est l'hôpital avec la ville.

- L'essor de la télémédecine dont la place, les implications et conséquences sur la prise en charge de tels patients sont encore inconnues.

Une nouvelle donne territoriale : L'évolution de la démographie médicale avec le phénomène de déserts médicaux appelle aussi à plus d'efficacité et d'optimisation des ressources en soignants [54].

En Savoie, ce sont les pathologies neurocognitives, psychiatriques, métaboliques, cardiovasculaires et fonctionnelles qui sont principalement en cause. La MRSS ne précise pas la place des composantes psychologiques, sociales et environnementales des SC.

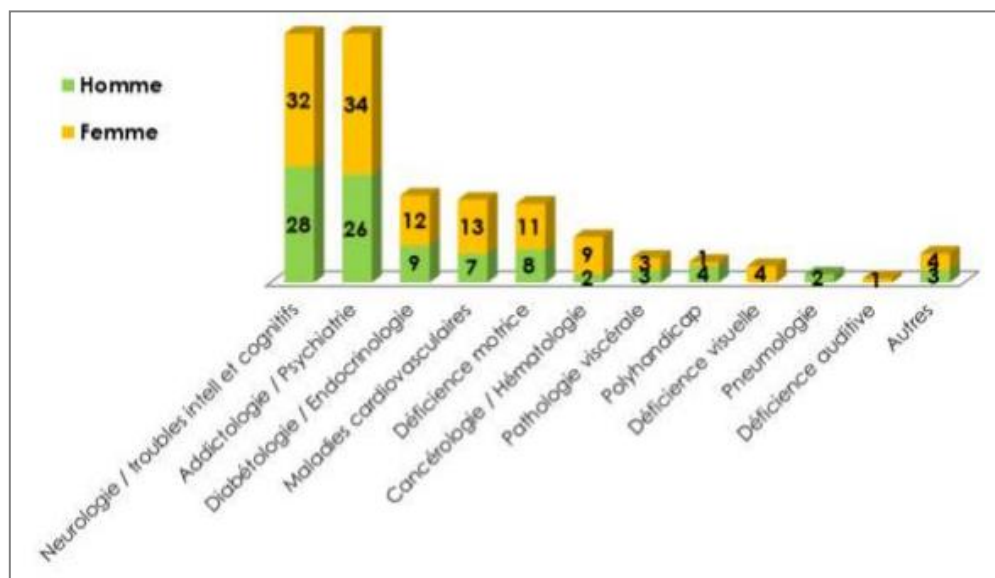


Figure 13 : Rapport d'activité 2018 de la MRSS – Problèmes de santé entraînant des demandes d'appui

D'autres études [7] [47] qui ont exploré les déterminants des SC font ressortir les quatre principaux : les **maladies chroniques** (pourvoyeuse de perte d'autonomie), la **communication entre acteurs** et l'intégration des **problématiques sociales et environnementales**. Le PPCS intervient sur ces quatre niveaux puisqu'il prend en considération à égale importance les dimensions médicales, psychologiques (on peut y rattacher la communication), sociales et environnementales et est donc d'un intérêt majeur pour gérer ces SC et réduire leur complexité.

I.1.6. Les situations complexes : sources de difficultés multiples

En Savoie, cette étude indique que même si elles sont moins marquées chez les MG de plus de 55 ans, les difficultés liées à la coordination des patients en SC par les MG sont générales. Les difficultés sont traduites à travers le besoin d'aide à la coordination globale qui est largement exprimé. D'autres études [47] montrent des résultats portant sur des thèmes similaires à ceux qui ressortent ici : **le manque de temps** (qui ne s'améliore pas avec la baisse de la densité médicale et l'augmentation en parallèle de la file active de patients), **la suradministration** qui empiète sur le temps médical [94] et sur le temps de

coordination. On retrouve également **la difficulté d'évaluation initiale globale** et le **manque de visibilité des ressources** territoriales tant sanitaires que sociales.

En Savoie, les motifs de demande d'appui sont un indicateur du type de difficultés. Les principales sont l'accès aux ressources, la coordination entre acteurs, l'analyse de la situation.

Les motifs de demandes d'appui

MOTIF DE LA DEMANDE	Nombre de demandes
Mieux connaître la situation du patient	45
Venir en soutien de l'aidant principal	20
Anticiper le retour à domicile post-hospitalisation	6
Autres	59
Faciliter l'accès aux aides	90
➤ humaines (<i>auxiliaires de vie, IDE, etc.</i>)	72
➤ sociales	36
➤ matériel (fauteuil, etc.)	29
➤ aménagement du domicile	20
Favoriser la réintégration du patient dans le parcours de santé	47
Améliorer la coordination des acteurs autour du projet de santé du patient	85
Connaître l'ensemble des intervenants	21
Consolider le retour à domicile	25
Agir en médiation	6
Connaître et orienter vers des dispositifs adéquats	62
Prévenir les difficultés du maintien et de la vie à domicile	73
Mieux connaître le projet de vie du patient et faire concorder les interventions des différents intervenants	56
Organiser une RCP	21

Figure 14 : Rapport d'activité 2016 de la MRSS – Motifs des demandes d'appui (1 demande peut avoir plusieurs motifs) - Difficultés

Ces thématiques de difficultés sont liées à :

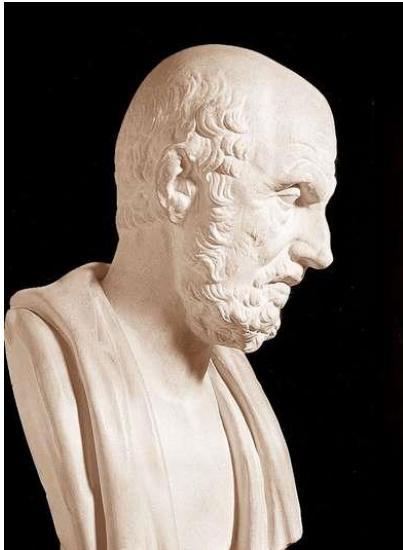
- La **complexité** intrinsèque de ces situations avec notamment les multiples interconnexions à gérer [95].
- **L'échelle de temps** sur la durée, qui est relativement nouvelle en médecine puisqu'historiquement le MG gérait davantage de problèmes aigus que chroniques, demande un effort de vision globale ce qui est aussi une difficulté.
- La **proportion croissante des patients âgés polypathologiques chroniques** que chaque MG doit gérer. Proportion liée au vieillissement de la population [9] et à la baisse actuelle de la démographie médicale [54]. En 2010 on notait déjà que les consultations devenaient plus lourdes et plus complexes suite à cette évolution mais aussi à cause du travail administratif lié

à ces patients qui augmentait. [96] Le temps inextensible dont dispose le MG devient également insuffisant [94].

- La **diversité des facteurs de complexité**. Ils ne sont pas uniquement médicaux, parfois même pas du tout et concernent des champs pour lesquels le MG n'est peu voire pas compétent (social, administratif...).
- La **complexité médicale** : le patient âgé polypathologique ne peut pas se prendre en charge comme une juxtaposition de maladies ou problèmes à traiter isolément (approche réductionniste) au risque d'être contradictoire et plus délétère que bénéfique [66], [97]. Les recommandations monopathologiques selon le *Chronic Care Model* de Wagner centrées sur la pathologie même les Fiches Parcours HAS, centrées sur certaines MC, ne peuvent pas s'appliquer conjointement. Une approche holistique, biopsychosociale [98], personnalisée pluriprofessionnelle, coordonnée et suivie dans le temps et l'espace, prend alors tout son sens. La littérature est pauvre concernant les guides de PEC de ces patients à complexité médicale [99] et les PEC sont donc très hétérogènes. En 2012, la Société américaine de gériatrie a proposé une PEC par étapes [100]. Le manque de guide de PEC de ces patients se traduit dans notre étude par l'étendue des besoins et la force de leur expression.
- Le **recul et la vision globale** qu'il faut avoir.
- La nécessité **de travailler en équipe** avec les professionnels, le patient voire l'entourage. Le MG doit travailler dans les discussions, compromis, consensus et coopération alors que culturellement, il travaille de façon plus solitaire et autonome, plus « verticale » qu'« horizontale ».
- La **complexité administrative**, le **manque de visibilité** des ressources sanitaires et social et leur accès.
- Au **manque formation des médecins** à ces aspects lors de leur formation initiale.

Annexe 7 : Pyramide de Kaiser Permanente





SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,
Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

