

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

**Marie-Snerline DEMOSTHENES**

Née le 20/12/1994 à Saint-Marc

Présentée et soutenue publiquement le 06 Mai 2025

**Le plan personnalisé de santé, vers un outil de coordination et de bonnes pratiques autour des situations complexes :**

**Enquête qualitative auprès des professionnels de santé en structures de soins coordonnés en Île-de-France pour identifier le cahier de charges de cet outil.**

Dirigée par Docteure Rachel COLLIGNON-PORTES – Présidente de la SFMG

Co-dirigé par Docteur Frédéric CHEVALLIER – Maître de conférence Associé

#### JURY :

Mme la Professeure AUBIN-AUGER Isabelle

Présidente

Mme la Docteure Rachel COLLIGNON-PORTES

Directrice

M. le Docteur Frédéric CHEVALLIER

Membre du jury

Mme la Docteure Juliette PINOT

Membre du jury

Mme la Docteure Charlotte LHOTELLIER

Membre du jury

## AVERTISSEMENT

---

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# REMERCIEMENTS

---

**À Mme la Professeure Isabelle AUBIN-AUGER,**

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous exprime toute ma gratitude.

**À Madame la Docteure Rachel COLLIGNON-PORTES, Directrice**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre accompagnement, vos précieux conseils et nos entretiens de qualité.

**À Monsieur le Docteur Frédéric CHEVALLIER, Co-directeur**

Merci pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de ce travail, vos précieux conseils et nos entretiens de qualité. Merci surtout pour votre bienveillance.

**À Madame la Docteure Juliette PINOT,**

Merci pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse et de m'apporter votre expertise. Merci pour vos enseignements.

**À Madame la Docteure Charlotte LHOTELLIER ,**

Un grand merci d'avoir accepté de faire partie du jury. C'est un honneur de pouvoir bénéficier de votre expertise. Recevez toute ma gratitude

**À mes Maîtres de stage universitaire,**

Merci pour vos enseignements et la transmission de vos connaissances.

**Aux Professionnels participants des focus groups,**

Merci d'avoir donné de votre temps et pour tous ces échanges enrichissants.

**À Margaux SARFATI, Lead UX Designer (Tekkare)**

Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ta bienveillance. Ce travail n'aurait pas été mené à bien sans ton aide. Merci infiniment.

**À ma co-thésarde Manon,**

J'ai eu plaisir à travailler avec toi sur ce projet, merci pour ton soutien lors des moments de stress et d'incertitude ainsi que pour les moments de rires. Merci pour ton amitié. Hâte de nos prochaines collaborations.

**À mes parents, Yoline et Yonel,**

Merci pour votre accompagnement et votre soutien sans faille, et surtout de m'avoir donné, tout au long de ces années, bien plus que ce que vous possédiez.

Maman, merci d'avoir été pour moi un modèle de ténacité et de courage, j'espère t'avoir rendue fière.

**À mes frères et sœurs : Raema, Farah, Nelchanane, Daniel,**

Merci pour vos encouragements, merci pour tous ces appels vidéo quotidiens et ces fous rires qui me font oublier la distance. Vos parcours d'excellence sont pour moi une immense fierté en tant que grande sœur.

**À ma sœur de cœur : Smyrne-Lydie,**

Merci d'être pour moi une grande sœur, un support constant au quotidien. Merci pour nos fous rires, notre complicité mais aussi nos tristesses partagées. D'encore meilleurs moments restent à venir.

**À ma famille : Demosthenes, Estimable, Delmas, Malivert, Exantus,**

Merci de croire en moi et de prendre soin de moi.

**Tatie Lulu**, merci pour ces invitations dominicales et tes petits plats réconfortants.

**Obed**, Merci pour ces heures à discuter de l'avenir et pour les conseils en finance qui me donnent l'impression d'être une businesswoman.

**À ma team Sparkles : Romina (la Queen), Dan, Rachelle, Chris,**

Depuis Nantes jusqu'à Paris ; malgré la distance et le parcours de chacun, les liens restent inébranlables. Loin des yeux, mais toujours connectés par le cœur.

**Chris**, un immense merci pour ton aide précieuse !

**À Saoussane,**

Depuis ce jour de septembre 2016 à aujourd'hui, on ne s'est plus jamais lâchées.

Les rencontres les plus simples et spontanées donnent les meilleures amies pour la vie. Merci d'avoir été là pour moi. J'ai hâte de nos running des 10 prochaines années.

**À Hanane**, Je repense à tous ces moments difficiles que nous avons traversés ensemble et qui n'ont fait que renforcer notre amitié. Merci pour ta joie de vivre et nos fous rires interminable.

**À Raphael,**

La pandémie du covid aura eu un effet bénéfique, elle m'a permis de rencontrer un ami exceptionnel. Merci, avec toi, c'est rire et good vibes à chaque instant. J'ai hâte de nos prochains voyages.

**À Annabelle et Betty,**

Depuis la Guadeloupe on ne se lâche pas, merci pour votre soutien et vos encouragements

À mes amis(es) pour la vie : **Aida, Charlotte et Alexandre Beaussier, Margaux, Émilie, Shanella, Aurore, Tatiana, Audrey, Jim, Elaïs, Jim, Sam, Jacky, Jalène, Linda, la team « CAP » du Gabon,**

Merci pour tous nos moments inoubliables, hâte d'en vivre plein d'autres.

**À la team Zouz : Leslie, Anne, Emma,**

En commençant ce stage de gynéco, je ne savais pas que j'allais me faire des copines pour la vie.

**À la Guadeloupe,** mon île aux belles eaux, Merci ; **À ma famille et à amis vivant là-bas,** je pense à vous, merci de votre soutien.

**À mes coéquipières du basket,**

**À ma team du tennis,**

**À tous ceux que j'ai oubliés.**

"On ne réussit jamais seul. Chaque réussite est le reflet des encouragements, de l'amour et du soutien que l'on reçoit."

Un Grand Merci

# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>2</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>11</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>14</b>
1.    DEFINITIONS	14
2.    CONTEXTE	15
3.    UN OUTIL DE COORDINATION POUR UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE	17
4.    HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
<b>MATÉRIELS ET METHODES</b>	<b>19</b>
1.    TYPE D'ETUDE	19
2.    FOCUS GROUP	19
<b>RÉSULTATS</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>43</b>
1.    SYNTHESE DES RESULTATS	43
2.    FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE	47
2.1    FORCES DE L'ETUDE	47
2.2    LIMITES DE L'ETUDE	48
3.    PERSPECTIVES	50
<b>CONCLUSION</b>	<b>52</b>
<b>ÉBAUCHE CONCEPTUELLE DE L'OUTIL</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>54</b>
<b>TABLEAUX ET FIGURES DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>59</b>
1.    LES TABLEAUX	59
2.    LES FIGURES	59
<b>ANNEXES</b>	<b>60</b>
<i>Annexe 1 - Note d'information relative à la participation à une étude</i>	60
<i>Annexe 2 - Formulaire de consentement de participation à la recherche</i>	63
<i>Annexe 3 - Formulaire de consentement à l'enregistrement audio d'un entretien</i>	64
<i>Annexe 4 - Guide d'entretien du focus group</i>	65
<i>Annexe 5 - Questionnaire quantitatif</i>	66
<i>Annexe 6 - Extraits du modèle de plan personnalisé de coordination en santé (HAS) 2019</i>	67

<i>Annexe 7 - Comité d'éthique pour la recherche (CER)</i>	70
<i>Annexe 8 - Grille COREQ</i>	71
<i>Annexe 9 - Extrait du Journal de bord</i>	73
<i>Annexe 10 - Extrait Corpus des verbatims</i>	74
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>75</b>

# ABSTRACT

---

## **The Personalized Health Plan: Towards a Coordination and Best Practices Tool for Complex Cases :**

### **A qualitative study of healthcare professionals in coordinated care structures in Île-de-France to define the specifications of this tool.**

**Introduction:** The Personalized Health Coordination Plan (PPCS), developed by the Haute Autorité de Santé (HAS) in 2019, aims to enhance care coordination for complex patients, particularly those with chronic conditions. Despite its intended adaptability for a wide range of professionals, its effectiveness in primary care settings raises concerns, as practitioners often find it overly descriptive.

**Objectives:** Evaluate the current PPCS format with healthcare professionals, identify areas for improvement in order to adapt it to the needs of the field and propose a draft of the specifications.

**Material and method:** A qualitative study using the focus group method with healthcare professionals experienced in coordinated care, working with complex patients. Discussions were transcribed and analyzed thematically.

**Results:** The current model limits a multidisciplinary approach by not including all healthcare professionals. Additionally, existing digital tools are considered too complex, hindering their adoption and the fluidity of care. Therefore, it is essential to develop a more suitable, secure, and intuitive tool that enhances interprofessional coordination and enables efficient care pathway management, particularly for multimorbid patients.

**Conclusion:** A simple, flexible, and interoperable digital tool, integrated with existing systems, is essential to improve care team coordination and personalize the follow-up of multimorbid patients. It should be accessible on secure platforms and regularly updated to meet the specific needs of healthcare professionals.

**Keywords:** *Primary Health Care [MeSH], Patient Care Team[MeSH], Patient Care planning[MeSH], Care Coordination [MeSH]*

# RÉSUMÉ

---

## **Le plan personnalisé de santé, vers un outil de coordination et de bonnes pratiques autour des situations complexes :**

### **Enquête qualitative auprès des professionnels de santé en structures de soins coordonnés en Île-de-France pour identifier le cahier de charges de cet outil.**

**Introduction :** Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019, vise à améliorer la coordination des soins pour les patients complexes, notamment ceux atteints de pathologies chroniques. Bien qu'adapté pour un large éventail de professionnels, son utilisation en soins primaires soulève des questions d'efficacité, les praticiens le trouvant souvent trop descriptif.

**Objectif :** Évaluer le format du PPCS actuel auprès des professionnels, d'identifier des pistes d'amélioration afin de l'adapter aux besoins du terrain et de proposer une ébauche du cahier des charges.

**Matériels et méthodes :** Étude qualitative par la méthode des focus groups auprès des professionnels de santé expérimentés en soins coordonnés, travaillant avec des patients complexes. Échanges retranscrits et analysés par thématique.

**Résultats :** Le modèle actuel limite l'approche pluridisciplinaire en ne prenant pas en compte tous les professionnels de santé. De plus, les outils numériques existants sont jugés trop complexes, entravant leur adoption et la fluidité des soins. Il est donc essentiel de concevoir un outil plus adapté, sécurisé et intuitif, favorisant une meilleure coordination interprofessionnelle et une gestion efficace des parcours de soins, notamment pour les patients multimorbides.

**Conclusion :** Un outil numérique simple, flexible et interopérable, intégré aux systèmes existants, est indispensable pour améliorer la coordination soignante et personnaliser le suivi des patients multimorbides. Il doit être accessible sur des supports sécurisés et régulièrement mis à jour pour répondre aux besoins spécifiques des professionnels de santé.

**Mots clés :** *Soins de santé primaires [MeSH], Équipe de soins pluridisciplinaire [MeSH], Planification des soins aux patients [MeSH], Coordination des soins [MeSH]*

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

**APA** : activité physique et adaptée  
**APHP** : Assistance publique des hôpitaux de paris  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**CDS** : Centre de Santé  
**CMP** : Centre médico-psychologique  
**CMS** : Centre municipal de santé  
**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés  
**COREQ**: Consolidated criteria for reporting qualitative research  
**CPTS** : Communautés professionnelles territoriales de santé  
**DAC** : Dispositif d'appui à la coordination  
**DMP**: Dossier médical partagé  
**EGPRN**: European General Practitioners Research Network  
**FG** : Focus groups  
**FRU** : Forfait de Réorientation des Urgences  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**IDE** : Infirmière diplômée d'État  
**IDEL** : Infirmière libérale  
**IPA** : Infirmière en pratique avancée  
**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé  
**MDPH** : Maison départementale pour les personnes handicapées  
**MG** : Médecin généraliste  
**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
**OMS** : Organisation mondiale de la santé  
**PAERPA** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie  
**PDF** : Portable document format  
**PPCS** : Plan personnalisé de coordination en santé  
**PPS** : Plan de Santé Personnalisé  
**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
**SFMG** : Société française de médecine générale  
**TND** : Trouble neurodéveloppemental  
**VAD** : Visite à domicile

# PRÉAMBULE

Le suivi des patients complexes en ville a considérablement augmenté ces dernières années, principalement grâce à la création de structures de soins coordonnés pluridisciplinaires. Ces structures visent à désengorger les services d'urgence en offrant des soins de proximité. En effet, les services d'urgence connaissent une saturation avec près de 21 millions de passages enregistrés en 2017, ce qui entraîne une surcharge et nuit à la qualité des soins (1).

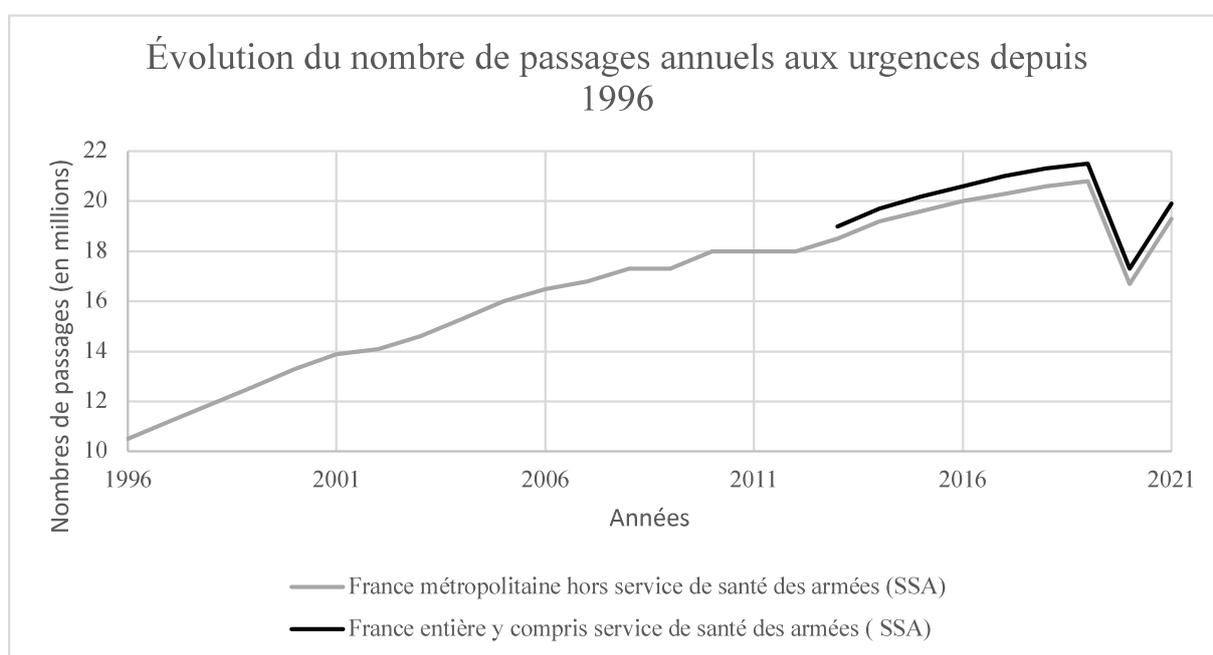


Figure 1. Évolution du nombre de passage annuels aux urgences

Face à cette problématique, des dispositifs comme le Forfait de Réorientation des Urgences (FRU) ont été expérimentés pour encourager l'orientation des patients vers des structures de soins primaires, permettant ainsi de soulager les hôpitaux tout en assurant une prise en charge adaptée aux besoins des patients (2).

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) répondent également à la problématique du désert médical et des difficultés d'accès aux soins, notamment en zones rurales ou sous-dotées. Ces structures visent à améliorer l'accès aux soins de proximité, à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins,

et à renforcer la prise en charge des patients. Elles permettent une collaboration fluide entre médecins, infirmiers, pharmaciens, et autres acteurs du secteur, et offrent des solutions aux difficultés de disponibilité des professionnels de santé en zone rurale (3,4).

Les avantages de ce modèle sont multiples : une meilleure accessibilité aux soins de proximité, une prise en charge globale adaptée aux besoins individuels des patients, ainsi qu'une réduction de la pression sur les hôpitaux. Il en résulte également une diminution des hospitalisations évitables, ce qui permet de réduire les coûts pour le système de santé tout en améliorant la qualité des soins prodigués.

Par ailleurs, on observe un besoin croissant de prendre en charge des patients atteints de pathologies chroniques et multiples en médecine de ville ; L'approche globale centrée sur le patient relève donc de plus en plus de la coordination assurée par Médecin traitant et non des structures hospitalières traditionnelles (5).

Aussi, malgré les avantages indéniables des soins coordonnés en ville, plusieurs défis subsistent et des ajustements sont nécessaires pour rendre cette prise en charge optimale. L'un des principaux obstacles réside dans la coordination effective entre les différents professionnels de santé, notamment en ce qui concerne le partage de l'information et la communication entre les structures. Bien que les outils numériques comme les dossiers médicaux partagés aient été mis en place pour améliorer cette coordination, leur utilisation reste parfois limitée.

# INTRODUCTION

---

## 1. Définitions

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la multimorbidité comme l'association d'au moins deux conditions médicales chroniques chez un même individu(6,7).

Ce concept englobe la présence simultanée de plusieurs problèmes de santé chroniques, tels que des maladies, des facteurs de risque, des symptômes ou des syndromes, ainsi que des difficultés de la vie quotidienne, chez une personne durant une même période (7).

Dans le domaine des soins primaires, l'European General Practitioners Research Network (EGPRN) a publié une définition exhaustive de la multimorbidité, validée dans dix langues européennes (8).

Selon cette définition, la multimorbidité désigne toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie (qu'elle soit aiguë ou chronique), un facteur biopsychosocial (associé ou non), ou un facteur de risque somatique.

Ce nouveau concept de multimorbidité ne doit pas être confondu avec celui de comorbidité, qui, selon le dictionnaire Larousse, désigne l'association de deux maladies psychiques ou physiques sans lien de causalité établi (9). La multimorbidité privilégie quant à elle une approche plus systémique et centrée sur le patient afin de mieux adapter les traitements à ses besoins et préférences (7,10,11).

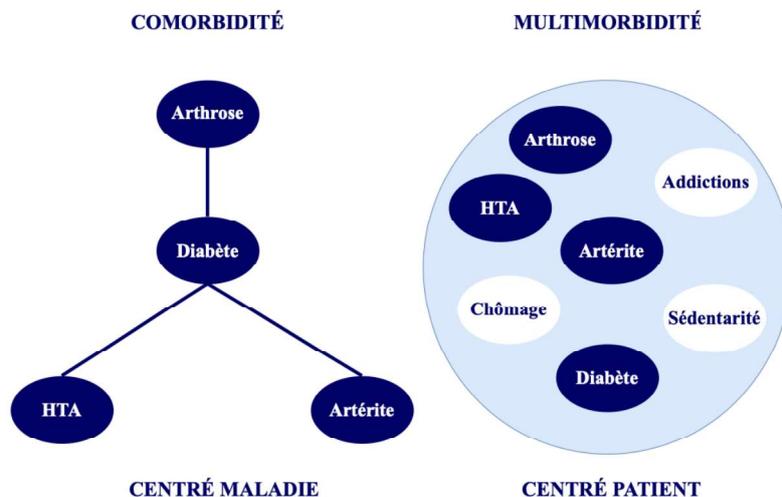


Figure 2. Différence entre comorbidité et multimorbidité (7)

## **2. Contexte**

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques ne cesse d'augmenter (12). En France, la prévalence de la multimorbidité est estimée à environ 30 % (tout âge confondu)(13). Elle concernerait plus de 50 % des consultations en médecine générale (7,14). Cette complexité accrue des soins exige une réorganisation des pratiques de santé pour offrir une prise en charge coordonnée et centrée sur le patient (15).

La multimorbidité constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle peut influencer l'adaptation de l'offre de soins et permettre de mesurer l'impact des facteurs de risque les plus fréquents. En effet, en raison de son poids en santé publique, il semble impératif d'intégrer ce concept dans les recommandations de prise en charge (16).

Dans ce contexte, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a développé des fiches pratiques (17) visant à faciliter la compréhension de la multimorbidité, en soulignant l'importance de personnaliser chaque prise en charge. Cela passe par l'élaboration d'un axe principal d'intervention tenant compte de la multimorbidité, mais aussi de l'habitat et de la situation sociale, économique et familiale des patients.

Ce dernier aspect représente le point de départ pour concevoir un plan de santé personnalisé, co-construit par les professionnels de santé et le patient.

Le plan personnalisé de santé (PPS) se positionne comme un outil essentiel des réunions de concertation pluriprofessionnelle.

L'intérêt est de ne plus gérer des maladies isolées, mais de répondre aux besoins globaux du patient grâce à un travail dynamique en équipe, en tenant compte de la situation sociale et environnementale du patient, ainsi que de ses préférences.

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un plan personnalisé de santé (PPS) destiné aux patients âgés à risque de perte d'autonomie, dans le cadre du dispositif parcours santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (18).

La HAS a publié un état des lieux à 6 mois de ce dispositif en interrogeant ses utilisateurs.

Les difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en œuvre du PPS sont multiples et variées.

Elles incluent des résistances idéologiques, telles que les idées reçues sur la finalité du PPS, des défis de communication avec les patients et leurs familles, des contraintes organisationnelles liées aux emplois du temps surchargés des intervenants, ainsi que des obstacles logistiques et administratifs.

De plus, les divergences de motivation entre professionnels, le manque de suivi des PPS, et les limites en termes d'outils informatiques et de formation viennent complexifier la mise en place et la pérennité de ce dispositif (19).

En 2019, l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a évalué l'impact de l'expérimentation "PAERPA", concluant que, jusqu'en 2017, le PPS inclus dans le dispositif PAERPA n'avait eu aucun effet sur les hospitalisations évitables, la polymédication ou encore le recours aux urgences (20).

La HAS a ensuite révisé ce modèle en 2019 en proposant un nouveau "plan personnalisé de coordination en santé" (PPCS), applicable à d'autres populations de patients, indépendamment de leur âge, et utilisable par l'ensemble des acteurs de la coordination (21,22). Les méthodes d'élaboration de ce PPCS n'ont pas été spécifiquement détaillées.

Néanmoins, des défis semblent persister quant à la faisabilité et à la reproductibilité multicentrique de cet outil. Plusieurs études ont mis en lumière des difficultés liées à l'utilisation du PPCS (23,24).

Parmi les obstacles identifiés dans une étude réalisée en Savoie en 2021 (24), les médecins généralistes ont souligné le côté chronophage du processus d'élaboration du PPCS, qui vient s'ajouter à une charge de travail déjà conséquente.

De plus, la complexité administrative de l'outil, ainsi que le manque de familiarité des praticiens avec ses fonctionnalités, sont des facteurs qui limitent son adoption. Ces difficultés illustrent bien les tensions entre la conception théorique d'un plan de soins et son applicabilité sur le terrain, d'où la nécessité de repenser son ergonomie et sa praticité pour les utilisateurs.

À ce jour, il existe peu de données dans la littérature abordant les répercussions de ce PPCS introduit en 2019. Le contenu et le format de cet outil n'a pas été évalué du point de vue des acteurs de soins coordonnés qui rencontrent des difficultés pour intégrer le PPCS proposé par la HAS (15).

Afin de soutenir la mise en place du PPCS et d'améliorer la coordination des soins, des dispositifs tels que le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) ont été déployés(25). Ces structures accompagnent les professionnels de santé dans l'organisation des parcours complexes et facilitent la concertation entre les différents acteurs impliqués (26). Cependant, malgré ces initiatives, des difficultés persistent quant à l'intégration du PPCS dans la pratique quotidienne.

Dans ce contexte, il nous semble important d'interroger les acteurs des réunions pluriprofessionnelles (professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux) sur les difficultés d'utilisation de cet outil.

### **3. Un outil de coordination pour une prise en charge personnalisée**

La HAS a élaboré le PPCS en 2019 à la demande du ministère de la Santé, dans le but d'établir un socle commun à tous les plans et programmes personnalisés existants. Cette proposition a été réalisée après l'analyse des documents supports de coordination et de l'expérience acquise lors de l'élaboration du PPS dans le cadre de PAERPA.

L'objectif du PPCS est de faciliter la collaboration entre professionnels de tout en prenant en compte les préférences du patient et de ses proches.

Le PPCS remplace le PPS, le rendant applicable à tout usager du système de santé en situation complexe (maladies chroniques, personnes âgées, personnes en situation de handicap, précarité, etc.) et utilisable par l'ensemble des acteurs de la coordination des soins (professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.). Il s'agit d'un outil générique permettant de planifier et de personnaliser des prises en charge complexes, en favorisant la coordination entre les différents acteurs. Il traite de façon égale les dimensions médicales, psychologiques, sociales et environnementales.

Le PPCS repose sur plusieurs principes clés suivant une chronologie nécessaire.

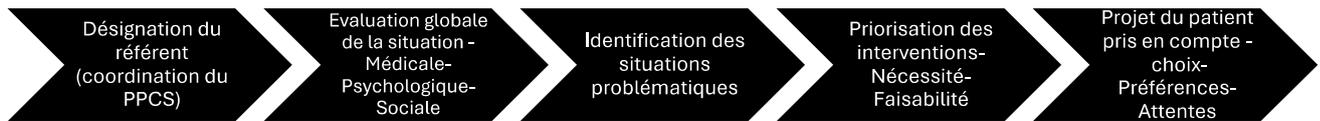


Figure 3. Schéma des étapes clés du PPCS

À partir de ces éléments, une analyse approfondie de la situation permet de co-construire un projet de prise en charge avec l’usager et les professionnels, autour d’objectifs communs. Ensuite, des interventions sont planifiées pour atteindre ces objectifs, et les professionnels responsables de leur réalisation sont identifiés, tout en respectant le libre choix de l’usager. Des critères d’évaluation sont définis pour mesurer l’atteinte des objectifs, et des dates de révision des interventions sont fixées. Enfin, des procédures d’alerte sont mises en place pour faire face à tout problème ou difficulté pouvant survenir lors de l’exécution du PPCS.

La HAS rappelle que le PPCS doit être dématérialisé, ce qui nécessite son intégration dans les plateformes numériques régionales et les logiciels métiers, ainsi que l’élaboration d’une nomenclature des besoins, objectifs et actions, tout en garantissant l’interopérabilité des données.

#### **4. Hypothèse et objectifs de l’étude**

Nous émettons l’hypothèse que le PPCS, tel qu’il est actuellement conçu selon les recommandations de la HAS, présente des limites dans le contexte des soins primaires.

Son caractère principalement descriptif et son manque d’interactivité ne permet pas aux professionnels de santé de l’intégrer dans leur pratique quotidienne.

Cette étude a pour objectif d’évaluer le format du PPCS actuel auprès des professionnels, d’identifier des pistes d’amélioration afin de l’adapter aux besoins du terrain et de proposer une ébauche du cahier des charges.

Ce travail s’inscrit dans une démarche collective avec Mme Manon DELAHOUSSE, co interne, qui se concentrera sur la réévaluation des éléments attendus dans le PPCS lors des réunions de concertation pluri professionnelles centrées sur le patient et leur pertinence en situation réelle.

# MATÉRIELS ET METHODES

---

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la méthode des focus groups. Cette approche, centrée sur la dynamique de groupe, permet de recueillir des informations riches et contextuelles (27,28). Nous avons choisi de recueillir les témoignages de professionnels de santé divers, travaillant régulièrement avec des patients complexes ayant de l'expérience en soins coordonnés. Cette méthode permet d'explorer des perceptions complexes (29), d'évaluer des expériences de pratiques, d'identifier des besoins, mais aussi d'aborder des questions difficiles à quantifier (30,31).

## 2. Focus Group

### Recrutement et participants

#### a. Critères de sélection

La population cible regroupait des professionnels de santé travaillant au sein ou en collaboration avec une structure de soins coordonnés.

**Les critères d'inclusion** étaient :

- Faire partie ou travailler en collaboration avec une structure de soins coordonnés
- Exercer en Ile de France
- Être volontaire pour participer au focus group

**Les critères d'exclusion** étaient :

- Le refus de participer à l'étude

Les critères d'inclusion ont été établis pour sélectionner des professionnels ayant une expérience réelle en soins coordonnés, assurant ainsi des réponses fondées sur des pratiques concrètes. Les critères d'exclusion visaient à éviter les participations non volontaires ou peu motivées, afin de préserver la qualité et la dynamique des échanges.

## **b. Le recrutement**

Nous avons recruté les participants par email via les coordinateurs de structures de soins, obtenus grâce à nos directeurs de thèse, membres du bureau de la SFMG. Sur les trois demandes envoyées, deux structures ont accepté de participer, permettant l'organisation de trois focus groups.

### **Taille et nombre des focus groups**

Chaque focus group devait compter idéalement 6 à 8 participants, avec un minimum de 4 pour assurer une dynamique de groupe. Le recrutement s'arrêtait après avoir obtenu au moins 6 réponses favorables. 3 à 5 focus groups ont été prévus pour atteindre la saturation des idées, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouvel élément significatif n'émergeait des discussions.

### **Élaboration du Guide d'Entretien et Déroulement des Séances**

#### **a. Guide d'entretien**

Un guide d'entretien qualitatif (Annexe 4) a été conçu pour structurer les focus groups, en adéquation avec les objectifs de la recherche. Ce guide commun à nos deux thèses a été élaboré sous la supervision des directeurs de thèse et comprenait 8 questions. Quatre questions étaient dédiées à chaque thèse, conçues pour être ouvertes, neutres et compréhensibles. Les questions suivaient une logique progressive, projetées au tableau à l'aide de PowerPoint. Un temps de 10 minutes était attribué à chaque question.

#### **b. Déroulement des séances**

Une semaine avant les focus groups, les participants ont reçu par email les recommandations du PPCS de la HAS pour se préparer aux discussions. Les séances se sont déroulées dans les CPTS, dans des salles dédiées aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Les participants étaient installés en cercle autour de la table, avec des collations disponibles pour créer une ambiance conviviale et propice à la réflexion.

Deux exemplaires imprimés du PCCS 2019 (HAS) étaient mis à disposition des participants (Annexe 6).

Les discussions étaient animées par ma co interne et moi-même alternant le rôle de modérateur (qui facilitait les échanges) et d'observateur (qui notait les réactions non verbales).

Après une introduction de 15 minutes présentant les notions clés de l'étude et les objectifs, le modérateur organisait les discussions en suivant le guide d'entretien.

L'observateur lui notait les réactions non verbales des participants (colère, étonnement, sourire...) et assistait le modérateur en veillant au bon déroulement des échanges. Les séances étaient enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique et d'un smartphone en sauvegarde.

Les sessions se déroulaient de 13h à 15h pour respecter les contraintes professionnelles des participants. Le guide d'entretien est resté inchangé pour les trois groupes, bien que des questions subsidiaires aient émergé au fil des discussions.

Ainsi, le déroulement des focus groups a permis une exploration approfondie et structurée des thématiques de recherche, tout en assurant un environnement favorable à la prise de parole libre.

### **Collecte des données sociodémographiques**

Un questionnaire quantitatif (Annexe 5) a été distribué à la fin de chaque session pour recueillir de manière anonyme des informations sur l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, le lieu et mode d'exercice des participants. Ce questionnaire permettait aussi d'explorer leur motivation à participer et leur expérience des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

### **Retranscription et analyse des données**

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot, avec non-verbal inclus (rire, hésitation, soupir, silence.), via un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word). La transcription a été réalisée rapidement après chaque séance.

L'intégralité des verbatims est disponible en ligne :

[https://drive.google.com/file/d/1Vqw6IDo-FUjlqNyPcrvHaVuLAS-M8ihW/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Vqw6IDo-FUjlqNyPcrvHaVuLAS-M8ihW/view?usp=share_link)

Une analyse thématique a permis de regrouper les données en thèmes et sous-thèmes, illustrés par des extraits de retranscriptions.

L'analyse ouverte a été réalisée par la chercheuse principale, et a bénéficié d'une triangulation par la confrontation et la discussion de ses résultats avec ceux d'une autre doctorante en médecine.

### **Éthique**

Le consentement éclairé des participants a été obtenu après mise à disposition d'une note d'information relative à la participation à une étude (Annexe 1). Il a été certifié par la signature de formulaires de consentement de participation à la recherche et à l'enregistrement audio de l'entretien (Annexe 2 et 3).

Ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

Le respect de la confidentialité du participant a consisté en l'anonymisation : remplacement des noms des participants par un code lors de la retranscription.

La recherche incluait uniquement des professionnels de santé et n'explorait que leurs pratiques professionnelles. Elle était donc dite hors Loi Jardé, et n'a pas bénéficié de l'avis d'un comité de protection des personnes (CPP) et ne relève pas nécessairement de l'avis d'un comité d'éthique.

Toutefois, par principe, nous avons soumis le projet à un comité d'éthique (Annexe 7)

Les démarches réglementaires d'engagement de conformité à la méthodologie de référence MR004 ont été effectuées auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Paris Cité.

Les procédures respectaient la grille COREQ (32) (Annexe 8)

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré pour les investigateurs.

# RÉSULTATS

---

## 1. Modalités des Focus Groups

Trois focus groups d'environ 6 à 12 participants ont été réalisés entre juillet et novembre 2024, soit un total de 25 participants.

La suffisance des données a été obtenue au troisième Focus Group.

*Tableau 1. Modalités des Focus Groups*

<b>Focus Group</b>	<b>Date</b>	<b>Lieu</b>	<b>Nombres de Participants</b>	<b>Durée</b>
<b>1</b>	09 juillet 2024	CPTS de Magny-en-Vexin (95)	6	1 h 10 min
<b>2</b>	11 juillet 2024	CPTS de Magny-en-Vexin (95)	7	1 h 25 min
<b>3</b>	28 novembre 2024	CMS de la Courneuve (93)	12	1h 10 min

### **Caractéristiques des participants :**

Les tableaux ci-dessous représentent les caractéristiques de la population interrogée, dans l'ordre chronologique de la réalisation des focus groups.

Tableau 2. Caractéristiques des participants

Code	Profession	Tranche d'âge	Genre	Mode d'exercice	Région
P1	Pharmacien	>60	Masculin	Libéral	95
P2	Médecin généraliste	>60	Masculin	MSP	95
P3	Sage-Femme	35-45	Féminin	MSP	95
P4	Ostéopathe	35-45	Féminin	MSP	95
P5	Psychologue clinicienne	>60	Féminin	MSP	95
P6	Coordinatrice CPTS	45-60	Féminin	CPTS	95
P7	Kinésithérapeute	35-45	Féminin	CPTS	95
P8	IDEL	45-60	Féminin	CPTS	78
P9	Médecin généraliste	25-35	Féminin	MSP	95
P10	Médecin généraliste	35-45	Féminin	MSP	95
P11	IDE	45-60	Féminin	MSP	95
P12	IDE	35-45	Féminin	CPTS	78
P13	Directrice CPTS	>60	Féminin	CPTS	78
P14	Enseignante en APA	25-35	Féminin	CMS	93
P15	Diététicienne	35-45	Féminin	CMS	93
P16	Psychologue	45-60	Féminin	CMS	93
P17	Gynécologue	35-45	Féminin	CMS	93
P18	Infirmière de Pratique Avancé	35-45	Féminin	CMS	93
P19	Médecin généraliste	35-45	Féminin	CMS	93
P20	Médiatrice Santé	45-60	Féminin	CMS	93
P21	Médecin Généraliste	35-45	Féminin	CMS	93
P22	Interne en MG	25-35	Masculin	CMS	93
P23	Interne en MG	25-35	Féminin	CMS	93
P24	Médecin généraliste	35-45	Masculin	CMS	93
P25	Médecin généraliste	25-35	Masculin	CMS	93

Tableau 3. Caractéristiques des participants inclus

Caractéristiques	Description
Nombre total de participants	25
Tranches d'âge (ans)	25-35 (5) 35-45 (11) 45-60 (5) >60 (4)
Genre	Femme (20) Homme (5)
Profession	Médecins généraliste (7) Infirmière (4 dont 1 IPA) Psychologue (2) Kinésithérapeute (1) Directrices de CPTS (2) Sage-femme (1) Pharmacien (1) Ostéopathe (1) Gynécologue médicale (1) Diététicienne (1) Médiatrice santé (1) Interne de médecine générale (2) Enseignante en APA (1)
Type de structure de soins	MSP (7) CPTS (5) Libéral (1) CMS (12)
Zone géographique	Ile de France (78,95,93)

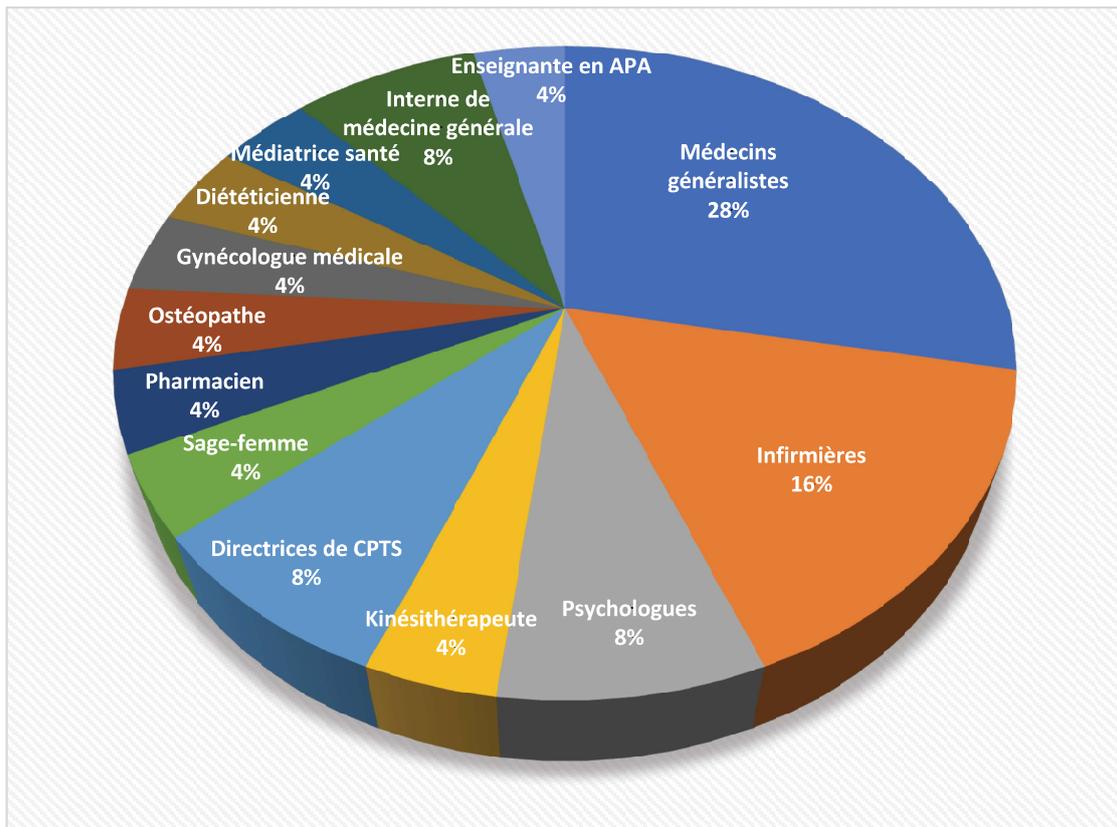


Figure 4. Répartition des participants par profession

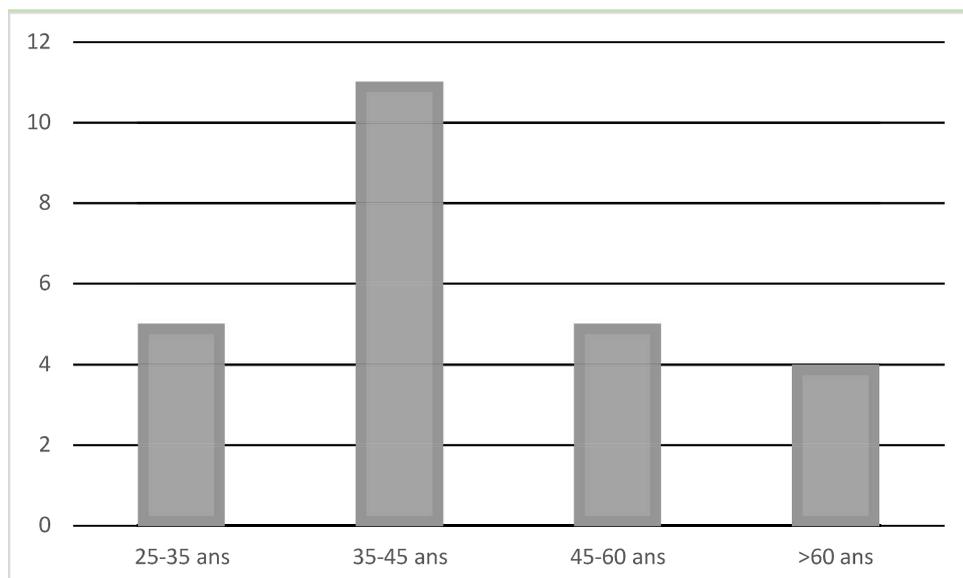


Figure 5. Répartition des participants par âge

## **2. Analyse des résultats**

### **2.1 Optimisation de l'outil PPCS**

#### **Simplicité et Flexibilité de l'outil**

##### Simple, flexible

Les professionnels interrogés souhaitaient un PPCS plus facile d'utilisation, en évitant une structure trop rigide qui pourrait décourager les utilisateurs.

*(P2) : "C'est peut-être mon caractère mais moi, quand il y a trop de cases, ça me fait fuir."*

*(P2) : "Moi, je pense que c'est peut-être d'avoir un document qui soit moins rigide."*

*(P19) : "Ça n'existe que sous forme de PDF ?"*

*(P18) : "En pratique, c'est compliqué à remplir."*

##### Organisé en différents volets clairs

A émergé le désir d'un outil fluide, sans nécessité d'aller-retours constants entre les pages.

*(P3) : "...au final, on est obligé d'aller d'une page à l'autre pour voir ce qui est écrit." (en feuilletant le PPCS HAS)*

##### Approche informatique interactive :

L'idée d'un système plus interactif a été évoquée, en permettant de cocher un volet spécifique pour y accéder et le remplir uniquement si pertinent pour le patient.

*(P6) : "Ou alors un truc où il y a un volet social à ouvrir, et où tu coches un truc et du coup ça t'ouvre la possibilité de remplir les questions du volet social. Alors que si le volet social n'est pas pertinent pour le patient, voilà. Donc, informatique."*

## **Personnalisation du PPCS en fonction des besoins du patient**

### Adaptation aux spécificités du patient

**(P2)** : *"Les PPS qu'on a à faire sont dépendants de la réalité multimorbide du patient, de sa réalité sociale. Donc, si le volet social est important, on peut creuser cette partie, mais si celui-ci ne l'est pas, on n'est pas obligé de perdre du temps, enfin vous voyez ?"*

**(P6)** : *"Si le volet social n'est pas pertinent pour le patient, voilà."*

**(P2)** « *...Là, on met tout le monde au même niveau de détails, et donc ça, c'est un peu gênant. »*

### **Accessibilité et Sécurité de l'Outil**

Les professionnels demandaient que l'outil soit à la fois sécurisé, pour garantir la confidentialité et l'intégrité des données, et accessible, pour permettre une utilisation fluide et efficace.

Pouvoir accéder aux informations pertinentes au moment voulu, plutôt que de tout centraliser dans un même tableau.

### Accessibilité et sécurité :

**(P7)** : *Il faut à la fois que ce soit sécurisé et à la fois facile d'accès et c'est ça en fait qui rend les choses compliquées."*

**(P3)** : *"... d'un système où on peut ouvrir des cases quand on en a besoin."*

**(P6)** : *"Chaque personne gravitant autour du patient pourrait consulter un compte-rendu de visite."*

**(P8)"** : *A la fois de l'humain et à la fois de l'information."*

## **Dynamisme et Évolutivité de l'Outil**

Plusieurs professionnels suggéraient l'idée d'un outil permettant de tenir compte de l'évolution rapide des informations, par une mise à jour régulière et visible des données.

### « Photographie » évolutive et dynamique

*"(P13) : Il faut que ce soit dynamique, à la base c'était ça, c'est une photo à une date précise donc il faut qu'à un moment que ça ce soit visible."*

*"(P7) : Il faut que ce soit dynamique. Cela peut changer du tout au tout en 3 mois."*

*"(P14) : "Il faut qu'il y ait des mises à jour."*

## **Gestion de la Temporalité**

### Temporalité visible et datée

Un des professionnels insistait sur la nécessité d'un historique clair pour chaque mise à jour ou édition, afin de pouvoir suivre l'historique des modifications et leur pertinence au fil du temps est une des suggestions d'amélioration

*"(P13) : Il faut dater à chaque fois qu'il est fait quoi."*

*"(P13) : Si au bout de trois mois tu reviens et tu te dis qu'il n'y a plus tout ça, sauf que moi j'avais le PPCS d'il y a trois mois et que là je ne l'ai pas le nouveau. En fin de compte, il a écrasé l'autre, voilà !"*

*"(P13) : Donc il faut que cette temporalité soit clairement inscrite."*

## **Utilisation de la Technologie pour Faciliter l'Intégration**

### Technologie et intégration dans les logiciels

Les professionnels suggéraient que le PPCS devrait être intégré directement dans les logiciels existants, avec des modèles téléchargeables, modifiables et facilement accessibles pour faciliter son utilisation.

*"(P19) : "Ils n'ont pas créé de modèle téléchargeable, modifiable, cochable ?"*

*(P25) : "Il faudrait les intégrer dans les logiciels."*

*(P25) : "Si tu me le mets dans le logiciel, je le fais."*

## **Responsabilité des Professionnels de Santé dans le Suivi et la Coordination**

### Rôle des professionnels dans la gestion du PPCS

Les professionnels insistaient sur l'importance de la responsabilité partagée dans le suivi du PPCS, avec un coordinateur pour mettre à jour les informations et assurer un suivi régulier des objectifs et de l'adhésion du patient. Certains proposaient d'ajouter des assistants médicaux pour faciliter cette gestion.

*(P16) : "Ça suppose, en effet, qu'il y ait un vrai coordinateur."*

*(P24) : "Il faudrait des assistants médicaux pour remplir ça."*

*(P16) : "Il y a un vrai coordinateur qui remplit ça et qui puisse s'assurer."*

## **2.2 Pratiques de gestion de l'information en santé**

### **Supports papiers**

Les professionnels utilisaient principalement des supports papiers pour la gestion des PPS durant les RCP. Bien que ce format fût jugé adapté dans certains contextes, le manque de structuration informatisée compliquait la gestion de l'information et la continuité des soins.

*(P6) : "Par exemple, au cours de nos RCP d'enfants (pour les enfants atteints de TND), on est « papiers »."*

*(P2) : "Pour l'instant, on est plutôt sur un format libre."*

*(P6) : "Non structuré, enfin la structure c'est qu'il y a un référent par patient... mais on n'est pas informatisé."*

*(P2) : "Ce serait bien si le PPS était partageable au cercle de soins, pour que chacun puisse remplir son domaine."*

*(P6) : "C'est plutôt un inconvénient, avoir un outil qui permette à chaque personne gravitant autour du patient de consulter un compte-rendu de visite."*

*(P3) : "Parce qu'il y a trop d'infos et on se perd."*

Et certains soulignaient le manque de confidentialité lié au support papier

*(P16) : "Je ne suis pas sûre que le secret médical soit respecté sur un support papier."*

### **Utilisation de Moyens de Communication Non Standardisés**

Pour pallier aux difficultés liées à l'utilisation des outils actuels, certains professionnels préféraient avoir recours à des moyens de communication informels, comme les post-its, les SMS, les fiches patients, ou même des flyers.

*(P8) : "C'est affreux, mais je communique par post-it avec les kinés."*

*(P8) : "Maintenant je fais un petit flyer en plus de la feuille de la CPTS que je laisse agraffer dans la chambre des patients."*

*(P18) : "On croise la psychologue, on lui dit : 'Tiens...'"*

*(P16) : "La psychologue est âgée, et elle aime bien ce genre d'échanges."*

*(P16) : "Mais sinon, c'est souvent un café, une discussion. »*

*(P16) : "Comme je ne maîtrise pas très bien l'outil... »*

*(P8) : "Ils m'appellent directement à la maison... c'est plus direct."*

Ces outils informels étaient perçus comme facteur de risques d'erreurs ou de perte d'informations importantes.

*(P7) : "C'est vachement bien pour la CNIL le post-it !" (rires)*

*(P8) : "Je me suis retrouvée comme une buse car je savais plus où était le suivi."*

### **Utilisation de Logiciel interne et Accès aux Informations**

Les logiciels médicaux internes offrent des fonctionnalités de partage des informations, mais l'accès aux données est hiérarchisé, ce qui limitait parfois la coordination entre les différents professionnels.

*(P15) : "Non, à des degrés différents."*

*(P21) : "Certains professionnels n'ont pas accès."*

### Numérisation et personnalisation :

La numérisation facilite l'accès aux informations et leur partage entre les professionnels. Le logiciel permet une certaine personnalisation.

*(P15) : "C'est numérisé et on y a tous accès."*

*(P19) : "L'avantage, c'est que c'est personnalisable."*

### Difficulté d'organisation et surcharge d'informations :

Les participants relevaient un manque de structure, l'absence de synthèse claire, et une surcharge d'informations.

**(P16) :** « *C'est un peu le foutoir. »*

**(P19) :** « *Si on met la synthèse dans une partie non visible, ça limite l'efficacité. »*

### Insuffisamment complet :

Les professionnels notaient que toutes les informations nécessaires au suivi complet du patient n'apparaissaient pas dans le logiciel.

**(P25) :** "*Notre logiciel ne contient pas toutes les informations présentes dans le PPCS.*"

**(P16) :** "*Ce sont souvent des données très factuelles, axées sur les traitements.*"

### Problèmes de Transmission de l'information :

Les participants relevaient des lacunes quant à la transmission d'informations essentielles entre professionnels.

**(P15) :** "*On ne pose pas forcément les attentes du patient. On est vraiment sur l'instant T.*"

**(P25) :** "*On transmet parfois sur MAIDIS, via le dossier médical partagé.*"

## **2.3 Défis d'intégration du modèle PPCS actuel dans les pratiques terrain**

### **Inadéquation du Modèle PPCS avec la Pratique Terrain**

Beaucoup des acteurs se sentaient exclus du processus de décision, et l'intégration du modèle au sein des pratiques quotidiennes reste problématique.

#### Exclusion des professionnels paramédicaux

Certains acteurs essentiels au parcours de soins comme les psychomotriciens, les diététiciens, les sage-femmes, n'étaient pas intégrés dans le modèle PPCS.

*(P6) : "Il n'y a pas les paramédicaux ! »*

*(P5) : "Il n'y a pas les psychologues, par exemple ! Il n'y a pas les podologues !"*

*(P4) : "Nous, on a encore une place... Je ne pense pas que ce soit forcément acté pour tous les acteurs intervenants."*

*(P5) : "Il n'y a pas les psychomotriciennes, les diététiciennes..."*

*(P2) : "Il n'y a pas les sage-femmes."*

#### Difficulté d'intégration du modèle

Le modèle actuel ne semblait pas adapté aux différentes pratiques des acteurs de la coordination, notamment des professionnels paramédicaux, leur pratique permettant une approche relationnelle différente avec le patient.

*(P4) : "Il y a peut-être des informations qu'on obtient qui sont différentes."*

*(P4) : "Il y a une certaine proximité par le contact corporel, ce qui fait qu'il y a peut-être des choses qui se révèlent et qui sont abordées."*

## Évaluation du Modèle PPCS

L'évaluation globale du modèle PPCS par les professionnels était largement négative.

Il a été critiqué par l'ensemble des interrogés pour son manque de clarté et pour sa gestion des informations peu pratique pour les professionnels. De plus, l'utilisation de supports papier et la complexité sont rapportés comme étant un frein à son adoption, les professionnels manquant de temps pour se former et intégrer ces outils dans leur travail.

*"NON" (Tous les participants)*

*(P8) : "J'espère que vous n'étiez pas pro ce PPCS ? À la base si ? » (Rire général)*

*(P16) : "Non. Perfectible."*

*(P19) : "Peut mieux faire."*

*(P16) : "Non, pas papier, déjà. »*

*(P15) : "On n'a pas eu le temps de vraiment regarder pour comprendre ce qu'on peut en tirer."*

*(P19) : "Quatre colonnes et trois lignes, ça peut se négocier. Toutes les six pages, non... »*

## Problèmes Liés aux Outils Actuels (DMP, Terr-eSanté)

### Complexité et lenteur des outils existants

Les outils actuels (ex. Terr-eSanté, DMP...) étaient perçus comme trop complexes, insuffisant pour une coordination efficace des soins et conçus sans consultation des professionnels de santé.

*(P2) : "Terr-eSanté, c'est pas un outil de la pratique, il faut une demi-heure pour l'utiliser alors que nous n'avons que 15-20 minutes."*

*(P2) : "Quand les outils ne fonctionnent pas, le protocole ne se fera pas."*

*(P2) : "Le DMP, c'est de l'archivage."*

**(P24)** : *"Le patient doit maîtriser son DMP pour qu'il soit vraiment utile."*

**(P5)** : *"Mais est-ce que ça a été fabriqué avec les utilisateurs ?"*

**(P2)** : *"Non ! Terr-eSanté, c'était l'AP-HP qui a fait ça."*

## **2.4 Optimisation de la pratique soignante à travers un outil numérique sécurisé**

### **Préférence pour un Outil Numérique Sécurisé**

#### Dossier informatisé et sécurité des données

Les professionnels privilégiaient un outil numérique, en insistant sur la sécurisation des données, notamment pour garantir la confidentialité des informations sensibles.

*(P5) : "Je m'incline... le dossier informatisé !"*

*(P5) : "Quelque chose d'hyper sécurisé !"*

*(P6) : "Oui, je pense qu'il faut que ce soit local."*

### **Accessibilité et Simplicité d'Utilisation**

#### Application mobile et accessibilité

Les professionnels souhaitaient un outil mobile, accessible et pratique, pour faciliter l'utilisation en déplacement (cabinet, domicile).

*(P6) : "Une application ! Facilement utilisable par le professionnel sur place, à domicile ou en cabinet."*

*(P6) : "Une application style WhatsApp où on pourra échanger des données de santé, des photos, des comptes rendus."*

#### Simplicité et rapidité d'utilisation

leur idéal, c'était un outil intuitif, rapide et facile à utiliser pour ne pas prendre trop de temps aux professionnels de santé.

*(P2) : "Il faudrait quelque chose qui soit instantané."*

*(P2) : "Simple ! Ce n'est pas pour reproduire ce qu'on fait déjà."*

*(P4) : "Si l'outil nous prend 10-15 minutes, bah on ne peut pas."*

*(P10) : "Il faudrait un outil informatique, facile !"*

*(P8) : "Je suis prête à abandonner les post-its mais pour un outil facile."*

*(P4) : "Un outil dynamique !"*

*(P21) : "Il faudrait que ce soit intuitif et remplissable par plusieurs intervenants."*

#### Adaptabilité aux besoins des patients

Ils évoquaient l'idée d'un outil flexible pour s'adapter à des patients aux parcours variés, notamment ceux souffrant de multimorbidité.

*(P2) : "Il faudrait un outil qui soit suffisamment souple pour ne pas enfermer les patients dans des cases."*

### **Besoin d'une Meilleure Coordination Interprofessionnelle**

#### Prise en compte de la multimorbidité

Ils souhaitaient un outil permettant de gérer des patients complexes, ayant des pathologies multiples, et de faciliter l'adaptation à des équipes soignantes diversifiées.

*(P2) : "Nous, notre problème c'est pas la monopathologie, c'est la multimorbidité."*

*(P2) : "Les équipes sont polymorphes et chaque patient a une équipe différente."*

#### Collaboration interprofessionnelle

Les participants mettaient en avant la nécessité d'une meilleure collaboration entre les volets sociaux, médicaux et paramédicaux, facilitée par l'intégration des outils.

*(P21) : "Nous, on a le volet médical, mais la psychologue, par exemple, a le volet social. Et c'est vraiment pratique de pouvoir aller chercher facilement l'information quand on en a besoin."*

#### Élargir le cercle des professionnels impliqués

Il était jugé nécessaire d'inclure davantage de professionnels (sage-femmes, ostéopathes, psychologues) dans le processus de soins, notamment pour les patients complexes.

Certains professionnels, comme les paramédicaux, disaient ne pas toujours avoir accès aux données importantes, ce qui rend difficile la coordination des soins.

*(P6) : "On peut élargir le cercle de soins, style sage-femme, ostéopathes, psychologues..."*

*(P6) : "Le problème, c'est ceux qui travaillent en concertation mais qui ne sont pas en MSP."*

*(P4) : "Si un PPS est fait pour un patient donné, nous, on ne le sait pas, on n'y a pas accès."*

### Adaptation locale

De plus, certains professionnels demandaient à ce que cet outil s'adapte aux contraintes spécifiques de chaque département ou structure de santé, pour garantir une mise en œuvre efficace sur le terrain.

*(P6) : "Il faut que ce soit local."*

*(P6) : "Ils poussent à fond l'utilisation de ces outils-là... Mais le problème, c'est qu'ils sont bloqués dans certains départements, car l'outil n'a pas été développé."*

### **Interopérabilité avec d'autres outils numériques existants**

Les participants suggéraient que le modèle PPCS devrait être intégré aux outils informatiques existants, comme les logiciels internes, afin de faciliter son utilisation (partage des informations) et améliorer l'efficacité des professionnels de santé.

*(P13) : "Chaque professionnel a son logiciel propre, mais comment partager ?"*

*(P21) : "Il faudrait que ce soit intégrable à votre logiciel actuel."*

### **Autres Supports et Complémentarité avec les Outils Numériques**

#### Support papier pour le domicile

Bien que l'outil numérique fût privilégié, certains professionnels estimaient qu'un support papier à domicile pourrait être utile pour garantir l'accessibilité des informations, notamment dans des contextes où la technologie est limitée.

*(P10) : "Un support papier qui reste chez le patient, ça peut être utile."*

### Carnet de Suivi pour le Patient

Ils évoquaient l'idée d'un carnet de suivi qui pourrait aider le patient à suivre ses soins et ses progrès, en complément du PPCS, ce qui renforcerait son engagement dans le parcours de soins.

*(P19) : "Dans l'idéal, ce serait bien que le patient ait un carnet de suivi."*

*(P14) : "Ça permet de faire le lien entre les deux."*

### **Sécurisation des Données et Respect des Normes**

#### Protection des données personnelles

Les professionnels insistaient sur la sécurisation des informations sensibles, notamment les données médicales, pour garantir la confidentialité et le respect du secret médical lors du partage entre les professionnels et éviter les fuites ou de mauvaise gestion des données personnelles.

*(P5) : "Quelque chose d'hyper sécurisé !"*

*(P6) : "Une problématique d'échanger des données sécurisées pour une CPTS."*

#### Accès aux Informations et Partage Sécurisé

Cette demande de sécurisation impliquait une gestion rigoureuse des droits d'accès, qui doivent être définis en fonction des besoins spécifiques de chaque professionnel (médecins, paramédicaux, coordonnateurs non médicaux).

*(P2) : Le secret professionnel ne se partage pas de manière totale, il se partage dans l'intérêt du patient."*

*(P6) "C'est une charte où on a écrit qu'il y avait un secret partagé avec les paramédicaux parce que c'est dans l'intérêt du patient."*

*(P10) : "Avec des accès restreints, adaptés aux différents professionnels."*

*(P13) : "Comment transmettre des données sécurisées ? Le DMP avait pour but d'être ouvert à tous."*

### Secret professionnel / secret médical

Le secret médical reste un principe fondamental, mais les interrogés évoquaient certaines situations où des informations doivent être partagées avec des professionnels non médicaux, comme les coordinateurs ou les intervenants extérieurs.

Les professionnels disaient être conscient des limites légales concernant le partage d'informations médicales mais les réunions pluridisciplinaires et les collaborations avec des intervenants extérieurs nécessitaient un équilibre entre transparence et respect du secret médical. Ils établissaient des protocoles clairs pour encadrer ces échanges tout en respectant la confidentialité des données

*(P21) : "Le secret médical est partagé, tu es obligé de donner des infos à la coordinatrice."*

*(P24) : "Le secret professionnel reste intact, mais le secret médical, parfois, il s'envole."*

*(P24) : "Le secret médical, c'est rare qu'il soit respecté dans ces cas-là."*

*(P25) : "Tout le monde est soumis au secret médical, ici."*

*(P16) : "Le secret médical, ça reste réservé aux médecins."*

*(P21) : "Ici, nous avons aussi des réunions de situations complexes où nous faisons même venir des intervenants extérieurs."*

### Consentement et avis du patient

Ils soulignaient l'importance du partage des informations médicales ciblées, en obtenant le consentement explicite, écrit ou verbal du patient selon les circonstances.

*(P13) : "Le patient doit s'opposer ou donner son consentement écrit."*

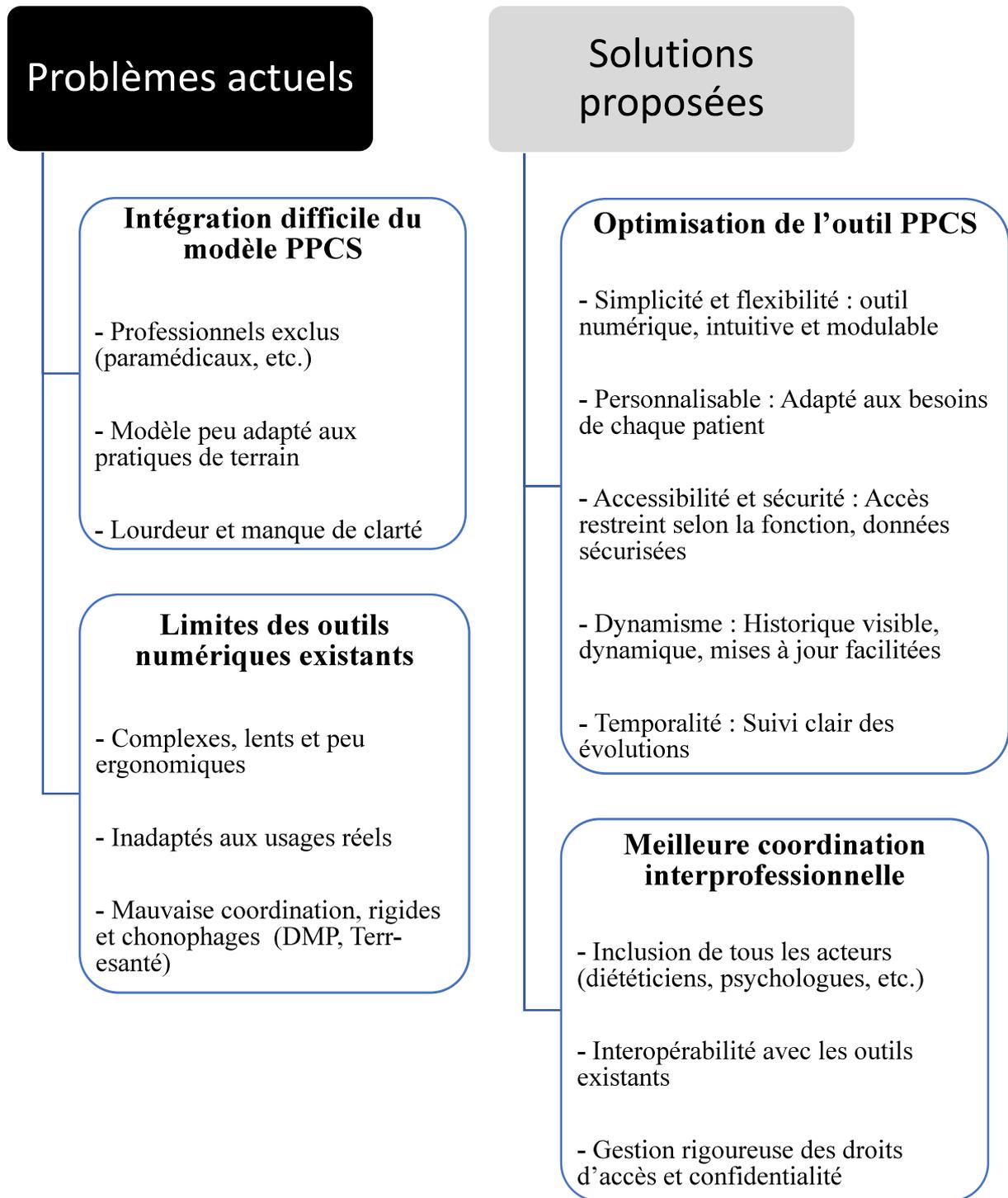


Figure 6. Schéma synthèse des résultats

# DISCUSSION

---

## **1. Synthèse des résultats**

Dans cette étude, l'évaluation du modèle PPCS actuel par les professionnels de santé met en lumière plusieurs problématiques concernant son adaptation à la réalité du terrain, ainsi que des pistes d'amélioration à envisager pour en optimiser l'efficacité.

### **Problèmes d'adaptation du modèle PPCS actuel aux réalités pratiques du terrain**

L'un des principaux constats de cette étude est l'inadéquation du modèle PPCS actuel avec les méthodes de travail des professionnels. En effet, de nombreux professionnels pointent des difficultés d'adaptation du modèle aux spécificités de leur terrain d'intervention. Un de ces freins réside dans l'exclusion de certains acteurs importants du parcours de soin, tels que les psychologues, les diététiciens, les sage-femmes, et d'autres paramédicaux. Cela empêche la bonne coordination des soins et nuit à l'approche pluridisciplinaire. Pour pallier cette problématique, il serait nécessaire de repenser le modèle PPCS afin de le rendre plus inclusif et permettre à tous les professionnels impliqués dans le parcours de soin de participer pleinement à la gestion du patient.

### **Difficultés liées à l'implémentation des outils numériques actuels**

Les outils numériques actuellement utilisés, tels que le Dossier Médical Partagé (DMP) ou « Terr-eSanté », sont jugés trop complexes (33) et peu intuitifs par les professionnels, ce qui les oblige à y consacrer un temps considérable. Ce manque de fluidité dans l'utilisation des outils nuit à l'efficacité des soins et constitue un frein à l'adoption du modèle PPCS dans la pratique quotidienne. Bien que le support papier puisse être perçu comme utile dans certaines situations spécifiques, comme à domicile ou dans des contextes où la technologie est limitée, il demeure peu performant et inefficace sur le long terme. Il apparaît donc important de réviser les outils numériques en tenant compte des attentes des utilisateurs, en améliorant leur ergonomie, leur interopérabilité, et en proposant des fonctionnalités mieux adaptées à la réalité des soins sur le terrain.

## **Améliorations souhaitées pour un outil numérique plus adapté et sécurisé**

Les professionnels expriment une forte préférence pour un outil numérique sécurisé, à condition qu'il soit à la fois simple et flexible.

L'outil idéal doit permettre un accès rapide aux informations tout en garantissant la sécurisation des données personnelles et le respect du secret médical. Il devrait également être adapté aux parcours de soins complexes, notamment ceux des patients multimorbides, et faciliter la gestion d'équipes interprofessionnelles.

Une interface intuitive et la possibilité de disposer d'une application mobile sont jugées essentielles, notamment pour les professionnels souvent en déplacement, comme lors de visites à domicile. Ces caractéristiques répondent à la demande croissante d'un outil moins chronophage et mieux intégré dans le quotidien des praticiens.

Pour tenter de faire face à ces défis, une nouvelle solution numérique nommée « Santélien » a très récemment été développée en Île-de-France pour remplacer Terr-eSanté et renforcer la coordination entre les professionnels de santé. Toutefois, il y a peu de retour d'expérience sur son adoption (34).

## **La coordination interprofessionnelle : un défi majeur**

Le modèle PPCS doit permettre une meilleure communication entre les différents acteurs du parcours de soins. Cette collaboration est d'autant plus nécessaire dans le cadre des patients complexes, qui nécessitent des approches multidisciplinaires pour gérer leurs pathologies multiples.

Toutefois, un obstacle reste l'accès limité aux informations pour certains acteurs non médicaux, comme les paramédicaux ou les assistants sociaux, qui jouent un rôle clé dans l'accompagnement des patients. Il est donc important de mettre en place un outil numérique sécurisé mais centralisé, offrant un accès restreint aux données en fonction du rôle de chaque intervenant (permettant à ces acteurs d'avoir une meilleure visibilité sur les informations du patient qui leur sont nécessaires à leur prise en charge), tout en respectant le secret médical.

### **Un modèle plus souple et adapté à la diversité des parcours de soins**

L'outil PPCS doit également être capable de s'adapter à des parcours de soins variés.

Les retours des professionnels soulignent également que l'homogénéité du parcours de soins n'est pas toujours possible, en particulier dans le cadre des patients multimorbides. Un outil flexible, permettant de personnaliser le suivi des patients en fonction de leur état de santé, de leurs besoins spécifiques, et des contraintes liées à leur environnement social, est donc nécessaire. Un suivi dynamique du patient, intégrant à la fois les aspects médicaux, paramédicaux et sociaux du soin, est une des conditions pour garantir une prise en charge optimale et individualisée (35).

### **L'interopérabilité : une condition préalable à l'efficacité**

Une autre problématique soulevée par les professionnels est celle de l'interopérabilité des outils numériques. Afin de faciliter la communication entre les différents systèmes utilisés par les professionnels, il est impératif que les outils soient capables de se connecter aux autres logiciels médicaux utilisés en interne (33). Cette intégration a pour but d'éviter les doublons, minimiser les erreurs d'information et, ainsi, améliorer l'efficacité des soins.

### **Sécurisation des données et respect des normes**

Enfin, la sécurisation des données et le respect des normes de confidentialité sont des priorités soulevées pour les professionnels. L'outil numérique utilisé dans le cadre du modèle PPCS doit garantir la sécurité des informations sensibles et respecter les règles de confidentialité, en particulier lors du partage de données entre divers intervenants. Le consentement éclairé des patients et le respect du secret médical doivent être intégrés dans les processus de partage des informations, notamment lors des réunions de groupe ou avec des intervenants externes. Des niveaux d'accès différents pour chaque professionnel pour garantir à la fois la transparence et la protection des données.

En résumé, l'évaluation du modèle PPCS actuel met en évidence des lacunes importantes dans son adaptation à la réalité du terrain, tant en termes de coordination interprofessionnelle que d'efficacité des outils numériques. Les suggestions formulées dans cette étude ouvrent ainsi la voie à des révisions significatives du modèle PPCS : un modèle plus souple, inclusif, et mieux adapté aux parcours de soins variés.

Le PPCS actuel doit être révisé pour améliorer l'ergonomie, l'interopérabilité et la sécurité afin de permettre une meilleure gestion des soins et de garantir une prise en charge globale et coordonnée des patients.

## **2. Forces et limites de cette étude**

### **2.1 Forces de l'étude**

#### **Approche centrée sur les professionnels de santé :**

L'étude recueille les retours directs des professionnels de santé (médecins, paramédicaux, coordinateurs, etc.), ce qui permet une compréhension fine de leurs besoins et des obstacles qu'ils rencontrent dans la gestion du PPCS. Cette approche qualitative permet de saisir des aspects contextuels et émotionnels de leur expérience, souvent ignorés dans des études quantitatives. En faisant une analyse de terrain, l'étude prend en compte les réalités et contraintes quotidiennes des acteurs impliqués dans le processus de soin, ce qui rend les conclusions particulièrement pertinentes et ancrées dans la pratique des professionnels.

#### **Large panel de professionnels :**

En interrogeant une diversité de professionnels de santé (incluant des médecins, des paramédicaux, des psychologues, des assistantes sociales, etc.), l'étude permet de recueillir un éventail large de perspectives. Cela permet d'obtenir une vision interprofessionnelle, nécessaire pour analyser la coordination des soins, surtout dans un contexte de multimorbidité où plusieurs acteurs sont impliqués dans le parcours du patient. Bien que cet échantillon reste limité à un contexte géographique spécifique (Île-de-France), il offre une représentation suffisante de la pluralité des rôles et des points de vue.

#### **Identification des principaux obstacles et leviers d'amélioration :**

L'étude met en évidence des problèmes concrets et pratiques, tels que l'incompatibilité des outils actuels avec les besoins des utilisateurs, la difficulté d'accès aux données, ainsi que l'exclusion de certains professionnels du processus de soins. Ces éléments sont importants pour améliorer le modèle PPCS et orienter les évolutions nécessaires. L'analyse des retours professionnels a permis d'identifier des obstacles précis et des leviers d'amélioration pratiques, comme la mise en place d'outils numériques plus intuitifs, simplification des processus et une meilleure

coordination interprofessionnelle. Ces suggestions sont directement en phase avec les besoins exprimés par les acteurs sur le terrain, ce qui renforce leur applicabilité dans la pratique.

### **Recommandations pratiques**

L'étude fournit des recommandations concrètes et directement applicables, comme la création d'un outil plus flexible, sécurisé, et intuitif. Ces propositions sont en parfaite adéquation avec les besoins exprimés par les professionnels et vont au-delà de simples constats en offrant des pistes de réflexion pour une amélioration immédiate du système.

## **2.2 Limites de l'étude**

### **Échantillon limité**

Bien que l'étude inclue un éventail de professionnels de santé, elle reste circonscrite à un nombre limité de participants et se limite à la région Île-de-France. Ce choix géographique peut restreindre la transférabilité des résultats à d'autres régions ayant des contextes socio-économiques ou des ressources différentes. De plus, un échantillon plus large, incluant des professionnels d'autres régions, des administrateurs de santé, ainsi que des patients, aurait permis de mieux cerner l'impact global du modèle PPCS et d'élargir les perspectives sur la question de la coordination des soins. Enfin, les avis recueillis étant basés sur des expériences personnelles, ils peuvent ne pas être totalement représentatifs de l'ensemble du corps médical et paramédical.

### **Absence de données quantitatives**

L'étude repose principalement sur des retours qualitatifs provenant des interviews semi-structurés. L'absence de données quantitatives, telles que des enquêtes de satisfaction ou des statistiques sur l'efficacité du modèle PPCS, limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des professionnels. Bien que les témoignages qualitatifs fournissent une analyse approfondie des perceptions et des expériences des professionnels, l'intégration de données

quantitatives aurait permis d'évaluer par exemple, la satisfaction des professionnels ou l'impact du modèle sur la qualité des soins.

### **Absence de suivi longitudinal**

L'étude analyse la situation à un moment donné et ne prend pas en compte l'évolution dans le temps. Un suivi longitudinal aurait permis d'observer les changements dans les pratiques des professionnels à mesure que le modèle PPCS évolue et que de nouveaux outils sont testés. Cela permettrait d'évaluer l'efficacité réelle des recommandations sur la durée.

### **Absence de perspective des patients**

Bien que l'étude se concentre sur les retours des professionnels, elle ne prend pas en compte la perspective des patients sur le modèle PPCS, la manière dont ils perçoivent l'impact des outils numériques sur leur parcours de soins.

Intégrer cette perspective permettrait d'évaluer si les améliorations proposées répondent réellement aux attentes des patients et si elles conduisent à une meilleure expérience de soins.

### **Réaction aux recommandations :**

L'étude propose des recommandations pertinentes, mais ne prend pas en compte la réaction ou la mise en œuvre effective de ces suggestions par les structures de santé ou les autorités. En d'autres termes, bien que les recommandations soient pertinentes, leur adoption par les décideurs ou leur mise en pratique dans le cadre des politiques publiques n'est pas garantie, ce qui limite la transformation concrète des pratiques.

### **3. Perspectives**

Après cette étude plusieurs pistes de recherche semblent être importantes :

Bien que notre étude se concentre sur les retours des professionnels, la perspective des patients est essentielle pour une évaluation complète. En intégrant des retours d'expérience des patients concernant le PPPCS actuel et sur l'usage des outils numériques, leur satisfaction et l'impact sur leur parcours de soin.

Il serait possible d'évaluer si le modèle PPCS est bien accepté et s'il répond aux attentes des bénéficiaires directs des soins.

Une première perspective serait d'élargir l'échantillon d'étude afin d'inclure un plus grand nombre de professionnels de santé, mais aussi d'intégrer d'autres acteurs comme les patients, les administrateurs de santé, ou les décideurs politiques. En diversifiant les participants, on pourrait mieux comprendre les divergences de perceptions et d'attentes en fonction des rôles et des environnements de travail.

De plus, l'ajout d'un volet quantitatif, comme des enquêtes de satisfaction ou des analyses statistiques sur l'usage des outils numériques, offrirait une perspective plus large et pourrait confirmer les tendances observées dans les entretiens qualitatifs. Ce type de données permettrait de mesurer plus précisément l'efficacité de l'outil PPCS actuel et les changements proposés par les professionnels de santé.

Par ailleurs, une analyse longitudinale permettrait de suivre l'évolution du modèle PPCS sur plusieurs années, en évaluant l'adoption et l'impact des modifications proposées, ainsi que les ajustements des pratiques professionnelles en fonction des évolutions du système. Cela permettrait de mesurer l'efficacité réelle de la mise en œuvre des recommandations et d'analyser les effets à long terme sur la coordination des soins.

Une perspective intéressante serait de tester un prototype d'outil numérique, construit sur la base des retours des professionnels, dans un cadre expérimental. Cela permettrait d'identifier concrètement les points d'amélioration, de valider l'ergonomie des outils et de mesurer leur efficacité dans la pratique quotidienne. Cette phase de test pourrait inclure une analyse de l'impact sur la gestion du temps des professionnels et sur l'efficacité des soins.

Il serait pertinent d'étudier comment les structures de santé (cabinets médicaux, maisons de santé) réagissent aux recommandations de l'étude et mettent en œuvre les améliorations proposées. Cela permettrait de comprendre les freins et les leviers à l'adoption des nouvelles pratiques, et de mieux saisir les contraintes organisationnelles et financières liées à la transformation du modèle PPCS.

Le modèle PPCS doit mieux répondre aux besoins des patients complexes, notamment ceux souffrant de multimorbidité. Une perspective pourrait être de développer un outil numérique spécifiquement dédié à la gestion des parcours de soins de ces patients, permettant aux professionnels de suivre l'évolution de la santé du patient de manière plus ciblée, tout en offrant une flexibilité dans le suivi des différentes pathologies.

Une autre perspective serait de se concentrer sur l'amélioration de la formation des professionnels de santé à l'utilisation des outils numériques. Bien que les outils soient un facteur clé de réussite, leur efficacité dépend largement des compétences des utilisateurs. L'étude pourrait explorer des stratégies de formation adaptées, permettant d'améliorer l'adoption des outils et de réduire le temps nécessaire à leur utilisation.

Enfin, une perspective importante serait d'approfondir la question des implications éthiques et juridiques du partage des données médicales entre différents professionnels. Bien que l'étude mette l'accent sur le respect du secret médical et la protection des données, des recherches supplémentaires sur les bonnes pratiques et les régulations juridiques spécifiques à chaque type de professionnel (paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) pourraient être nécessaires.

## CONCLUSION

---

En conclusion, cette étude met en lumière les défis actuels du modèle PPCS et les obstacles rencontrés par les professionnels de santé dans son utilisation quotidienne. L'exclusion de certains acteurs essentiels, l'intégration complexe du modèle dans les pratiques de soin, ainsi que les limites des outils existants ont un impact direct sur la qualité de la prise en charge des patients. Ces difficultés soulignent la nécessité d'une révision de l'organisation du modèle et de ses outils pour mieux répondre aux exigences de terrain, tout en facilitant une coordination optimale entre les différents professionnels de santé.

L'outil idéal pour le PPCS devrait être numérique, sécurisé, accessible, flexible, et parfaitement intégré aux pratiques des soignants. Il doit garantir une meilleure coordination tout en respectant les principes fondamentaux de confidentialité et de secret médical, tout en s'adaptant aux spécificités de chaque patient et professionnel. L'interopérabilité avec d'autres systèmes existants et la possibilité d'un support papier complémentaire sont également des critères importants à considérer.

Ainsi, pour que le modèle PPCS devienne un levier véritablement efficace pour améliorer la prise en charge des patients, il est nécessaire de développer un outil moderne, sécurisé, intuitif et flexible. Cet outil doit s'inscrire dans une démarche centrée sur les besoins des professionnels, tout en respectant les normes éthiques et légales liées à la gestion des données de santé. Cependant, bien que cette étude fournisse des pistes importantes pour améliorer le modèle PPCS, certaines limitations, telles que la taille restreinte de l'échantillon, l'absence de données quantitatives et la perspective exclusivement professionnelle, restreignent la portée des résultats. Un élargissement de l'étude à d'autres acteurs du système de santé et un suivi prolongé permettraient d'enrichir et de consolider les conclusions, renforçant ainsi l'impact du PPCS sur l'ensemble du système de santé.

# ÉBAUCHE CONCEPTUELLE DE L'OUTIL

Pour mieux illustrer les conclusions de cette recherche et offrir une idée visuelle de ce que pourrait être une application prenant en compte les constats soulevés par les professionnels de santé, nous avons développé une ébauche d'outil numérique.

Cette application, encore à un stade préliminaire, a pour ambition de répondre aux principaux enjeux identifiés, notamment l'amélioration de la coordination interprofessionnelle, l'accessibilité aux informations pertinentes, et la fluidité de la communication entre les différents acteurs du parcours de soin.

Bien que cette version ne soit qu'une maquette, elle vise à proposer une interface intuitive et ergonomique permettant un suivi plus dynamique et personnalisé des patients, particulièrement pour ceux nécessitant une prise en charge complexe et interdisciplinaire.

L'objectif est d'offrir une base de réflexion concrète pour affiner et adapter cet outil aux besoins réels des professionnels de santé, en intégrant progressivement leurs retours pour améliorer son efficacité et sa praticité.

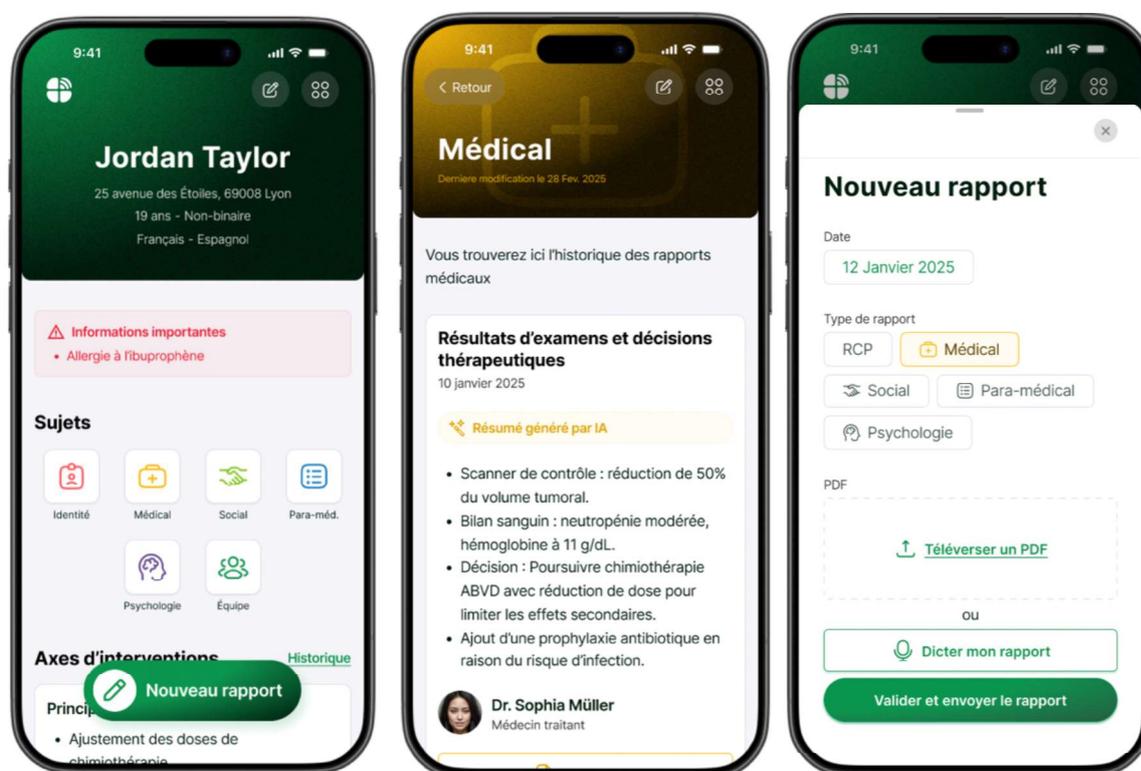


Figure 7. Ébauche de l'outil

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Éclairer la situation des services des urgences [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/actualites-evenements/eclairer-la-situation-des-services-des-urgences>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Forfait de réorientation des patients des structures des urgences - FRU [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_d\\_evaluation\\_forfait\\_reorientation\\_urgence\\_compress.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_forfait_reorientation_urgence_compress.pdf)
3. Bouler JR, SL. Concours. 2021 [cité 19 févr 2025]. MSP et CPTS, des organisations efficaces pour l'accès aux soins ? Disponible sur: <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/coordination/msp-et-cpts-des-organisations-efficaces-pour-lacces-aux-0>
4. Certain M-H, Lautman A, Gilardi H. Tour de France des CPTS. 28 juin 2023.
5. Buffel du Vaure C, Ghasarossian C, Jaury P. Apport de trois nouveaux concepts dans la prise en charge de patients atteints de maladie chronique en médecine générale. Exerc-7
6. World Health Organization. Multimorbidity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cité 19 févr 2025]. 28 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/252275>
7. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. 2020. (SFMG Le plaisir de comprendre).
8. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European general practice research network presents the translations of its

comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PloS One. 2015;10(1):e0115796.

9. Larousse É. Définitions : comorbidité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comorbidit%C3%A9/186898>
10. Excoffier S, Paschoud A, Haller-Hester D, Herzig L. Multimorbidité en médecine de famille. Rev Med Suisse. 11 mai 2016;518:91721.
11. Ourabah R, Gonthier R, Bourguignon CD, Jaury P, Larangot-Rouffet C, Bréart G. Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste.
12. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques. Vers la troisième médecine. Paris: Editions Odile Jacob; 2017. 772 p.
13. Coste J, Valderas JM, Carcaillon-Bentata L. Estimating and characterizing the burden of multimorbidity in the community: A comprehensive multistep analysis of two large nationwide representative surveys in France. PLoS Med. avr 2021;18(4):e1003584.
14. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 1 janv 2011;61(582):e1221.
15. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? Presse Médicale. 1 nov 2015;44(11):114654.
16. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. 3 sept 2012;345:e5205.

17. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. SFMG. [cité 19 févr 2025]. Multimorbidité. Disponible sur: <https://www.sfmfg.fr/theme/la-pratique-medicale/la-multimorbidite>
18. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA) [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf)
19. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201512/bilan\\_a\\_6\\_mois\\_plan\\_personnalise\\_sante\\_vf\\_web.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201512/bilan_a_6_mois_plan_personnalise_sante_vf_web.pdf)
20. Bricard D. Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. août 2018.
21. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de coordination en santé [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)
22. Haute Autorité de Santé. Modèle de plan personnalisé de coordination en santé [Internet]. 2019 [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app\\_282\\_modele\\_ppcs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_modele_ppcs_web.pdf)
23. 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 ? 28 Nov 2016.
24. Marty-Mauris A. 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. 2021.

25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dispositif d'appui à la coordination [Internet]. [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac\\_bo\\_vf2-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2-2.pdf)
26. 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.
27. La Revue du Praticien. Boutique La Revue du Praticien [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Initiation à la recherche qualitative en Santé. Disponible sur: <https://boutique.larevuedupraticien.fr/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante>
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
29. Gundumogula M. Importance of Focus Groups in Qualitative Research. Int J Humanit Soc Stud [Internet]. 30 nov 2020 [cité 1 avr 2025];8(11). Disponible sur: <http://www.internationaljournalcorner.com/index.php/theijhss/article/view/156834>
30. Réaliser une étude qualitative en santé, Guide méthodologique [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
31. Recherche qualitative: La méthode des Focus Groups: méthodologie.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/2-Focus\\_Groupes\\_m-thodologie\\_PTd-f.pdf](https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/2-Focus_Groupes_m-thodologie_PTd-f.pdf)
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):504.
33. Mouysset M. État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés dans l'Hérault.

34. Santélien, l'allié numérique des professionnels de santé pour la coordination des soins [Internet]. 2024 [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/santelien-lallie-numerique-des-professionnels-de-sante-pour-la-coordination-des-soins>
35. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2009;(3):CD000072.

*Ce travail a bénéficié de l'assistance d'outil d'intelligence artificielle, « ChatGPT » développé par "OpenAI", pour de la reformulation de certains paragraphes.*

*Les résultats produits par cet outil ont été soigneusement vérifiés et validés par les auteurs afin de garantir leur exactitude et leur conformité aux standards scientifiques.*

*L'utilisation de ces technologies s'inscrit dans une démarche d'optimisation du processus de recherche et de rédaction.*

# TABLEAUX ET FIGURES DES ILLUSTRATIONS

---

## 1. Les Tableaux

Tableau 1. Modalités des Focus Groups .....	23
Tableau 2. Caractéristiques des participants .....	24
Tableau 3. Caractéristiques des participants inclus.....	25

## 2. Les Figures

Figure 1. Évolution du nombre de passage annuels aux urgences .....	12
Figure 2. Différence entre comorbidité et multimorbidité .....	14
Figure 3. Schéma des étapes clés du PPCS .....	18
Figure 4. Répartition des participants par profession.....	26
Figure 5. Répartition des participants par âge .....	26
Figure 6. Schéma synthèse des résultats .....	42
Figure 7. Ébauche de l'outil.....	53

# ANNEXES

---

## **Annexe 1 - Note d'information relative à la participation à une étude**

Université Paris Cité

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Marie-Snerline DEMOSTHENES et Manon DELAHOUSSE dans le cadre de leur thèse au sein de l'Université Paris Cité.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles. Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

### **1/ Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?**

Cette étude vous est proposée car vous êtes membre d'une équipe pluri professionnelle exerçant au sein d'une structure de soins coordonnée.

### **2/ Quels sont les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude ?**

Au sein des structures de soins coordonnées, doivent se tenir régulièrement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin d'élaborer un projet de soins pour les patients multimorbides via un plan personnalisé de santé (PPS). L'objectif étant d'améliorer leur prise en charge et de limiter le risque d'hospitalisation pour ces patients à risque.

Ces RCP doivent normalement se baser sur le PPCS établie par la HAS.

Celui-ci ne nous semble cependant pas optimal pour la pratique quotidienne.

C'est pourquoi nous vous sollicitons afin de recueillir vos suggestions et tenter d'élaborer ensemble un nouveau PPCS avec un format plus adapté à votre pratique et vos attentes.

L'objectif final étant l'amélioration de la prise en charge globale des patients multimorbides dans les structures de soins coordonnées en intégrant l'aide à la décision médicale partagée

### **3/ Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?**

Pas de risque identifié.

#### **4/ Comment va se dérouler l'étude ?**

Dans un premier temps, nous souhaitons vous interroger au sein de "focus groupes". Ces réunions au cours desquelles nous vous questionnerons sur le déroulé des RCP ainsi que sur le PPS existant actuellement ne devront idéalement pas dépasser 2 heures.

#### **5/ Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?**

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à... ou par courrier postal à l'une des adresses suivantes ...

#### **6/ Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?**

Votre participation implique la réalisation d'un traitement de données à caractère personnel à partir des informations qui vous concernent et qui seront produites dans le cadre de cette étude. Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public (art. 6.1.e du Règlement général sur la protection de données). Le responsable de traitement est Université Paris Cité.

#### **7/ Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement aux principaux investigateurs de l'étude.

Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, et au plus tard un mois à compter de la réception de votre demande.

En cas de difficulté, vous pouvez également contacter la Déléguée à la protection des données d'Université Paris Cité à [dpo@u-paris.fr](mailto:dpo@u-paris.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### **8/ Comment sont gérées vos données personnelles ?**

Dans le cadre de cette étude, les informations suivantes sont collectées et analysées :

- Nom, prénom, civilité
- Pays de naissance / nationalité
- Age
- Coordonnées professionnelles
- Enregistrement audio des entretiens pour faciliter la retranscription

Ces données sont traitées par :

- Les responsable de l'étude et les directeurs de recherche
- Les membres de l'équipe de recherche

Transfert de données hors Union européenne : Non

Pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données, les mesures techniques et organisationnelles suivantes sont mises en place :

- La collecte et l'accès aux données personnelles sont limités à l'utilisation exclusive de l'équipe de recherche dans le cadre des finalités précisées ci-dessus ;
- Les données personnelles des participants seront anonymisées : Seules des données ne permettant pas de vous identifier seront publiées sous la forme d'un manuscrit de thèse et/ou d'un article dans une revue scientifique, afin d'améliorer les connaissances de la recherche. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels et scientifiques.

Les données directement identifiantes seront conservées par Manon Delahousse et Marie-Snerline Demosthenes

- Autre durée de conservation : 2 ans maximum
- Et seront définitivement supprimées par la suite

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions, Madame, Monsieur, de votre participation.

## **Annexe 2 - Formulaire de consentement de participation à la recherche**

*« Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle ».*

Université Paris Cité

Je soussigné(e)  
<NOM, PRÉNOM DU PARTICIPANT>

Après avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie du document « Note d'information relative à la participation à une étude » décrivant les modalités de déroulement de la recherche, notamment la liste des catégories de données personnelles traitées dans le cadre de l'étude et la description des conditions de mise en œuvre de celle-ci.

consens à participer à la recherche menée par Marie-Snerline Demosthenes et Manon Delahousse pour la réalisation d'une étude portant sur "la co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle" et entrant dans le cadre de sa formation en DES de médecine générale à l'Université Paris Cité.

J'ai été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Fait à :

Le :

Signature :

**Annexe 3 - Formulaire de consentement à l'enregistrement audio d'un  
entretien**

*« Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle. »*

Université Paris Cité

Je soussigné(e)

<NOM, PRÉNOM DU PARTICIPANT>

autorise l'enregistrement audio de l'entretien réalisé ce jour par Marie-Snerline Demosthenes et Manon Delahousse pour la réalisation d'une étude portant sur la "*Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle*" et entrant dans le cadre de leur formation en DES de Médecine Générale à l'Université Paris Cité.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public permettant mon identification.

Fait à :

Le :

Signature :

## Annexe 4 - Guide d'entretien du focus group

Questions de  
recherche  
de Manon  
Delahousse

1. Quel serait pour vous le déroulé idéal d'une réunion centrée patient ?
2. Quel est selon vous l'intérêt d'élaborer un PPS pour vos patients ?
3. Que pensez-vous de l'outil PPCS proposé par la HAS en 2019 ?  
*Avantages et inconvénients ?*
4. Quels sont pour vous les points essentiels devant apparaître dans un PPS selon vous ?

Questions de  
recherche  
guidant ce  
travail

5. Avez-vous des suggestions pour tenter d'améliorer le PPCS existant ?
6. Quel support pour le PPS utilisez-vous au cours de vos RCP ? Quels sont les avantages et les inconvénients de votre support actuel selon vous ?
7. Le modèle PPCS actuel vous semble-t-il adapté à votre pratique ?
8. Quel serait pour vous le support idéal pour le PPCS ?

## Annexe 5 - Questionnaire quantitatif

Quelle est votre tranche d'âge ?

- 25-35 ans
- 35-45 ans
- 45-60 ans
- >60 ans

Quel est votre genre ?

- Femme
- Homme
- Autres : .....

Quelle est votre profession ?

- Omnipraticien
- Médecin non généraliste : ....
- IDE
- Kinésithérapeute
- Autres : .....

Dans quel type de structure exercez-vous ?

- MSP (maison de santé pluridisciplinaire)
- CDS (centre de santé)
- Autres :

Quel type d'activité exercez-vous ?

- Urbaine
- Semi-rurale
- Rurale

Merci de préciser votre région d'exercice (numéro de région) : .....

Quelle est votre expérience en tant que participant(e) à des RCP ?

Quelle a été votre motivation pour participer à ce focus group ?

Concernant le déroulement de ce focus groups, avez-vous été :

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Quelles sont vos propositions d'améliorations ?

*Merci à toi pour ta participation à ce focus group.*

## Annexe 6 - Extraits du modèle de plan personnalisé de coordination en santé (HAS) 2019

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

### La personne et les intervenants

#### ► La personne

<b>Identité</b>		Référént de la mise en œuvre :		<b>Numéro du PPCS :</b>
Nom marital :	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :	Profession / Structure : .....	
			Si médical :	
			n° RPPS, ou à défaut n° ADELI	
			Nom :	
			Prénom : .....	
			Tél / E-mail : .....	
Prénom :	Date de naissance :	Âge :	Sexe :	<b>Contexte de la démarche PPCS :</b> (événement qui a conduit à l'élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc.)
	Lieu de naissance :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Informations sur la personne</b> (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)				
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : .....				
Date : .....    Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil : .....				
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)				
Téléphone		Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)				
Nombre d'enfants : .....		Coordonnées des enfants si besoin :		
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance				
Si personne mineure		Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		2 <sup>e</sup> adresse :		
Autorité parentale : .....				
Aidant principal (identité et coordonnées)		Nature du lien avec l'aidant : .....		

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

8

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

#### ► Les intervenants

Acteurs du parcours (professionnels / aidants) <sup>2</sup>	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	Avant élaboration du PPCS : nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant				
Infirmier(s) (Idel, Idéc de SSIAD)				
Pharmacien				
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Autre médecin spécialiste				
Travailleur social				
Chef de service social				
Coordonnateur de la CPTS				
Dispositif d'appui à la coordination				
Aidant				
Association d'usagers du système de santé				
ESSMS				
Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)				
Éducateur spécialisé.....				
Établissement de soins de référence				
Médecin du travail /service santé travail ...				
A compléter selon besoin....				

<sup>2</sup> Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

10

## Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne <sup>3</sup>	
▶ Priorité actuelle de la personne	

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage <sup>4</sup>	

<sup>3</sup> Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

<sup>4</sup> Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

11

## Problématiques et projets de la personne

### ▶ Propos et souhaits de la personne<sup>5</sup>

Besoins exprimés	Problèmes ressentis	Projets personnels envisagés
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

### ▶ Problématiques et projets relevés par les professionnels

Besoins non couverts	Problèmes non résolus	Projets personnels nécessitant un accompagnement
= Problématiques		
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

<sup>5</sup> Dans les différents domaines : santé physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.)

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

12

<b>PPCS adapté exemple 1</b>			
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Réévaluation Date : / / Commentaires
<b>Soins</b>			
<b>Aides (humaines, techniques, financières)</b>			
<b>Accompagnement (du projet personnalisé)</b>			

## Annexe 7 - Comité d'éthique pour la recherche (CER)

Bonjour,

Voici le retour du CER CNGE :

Le comité d'éthique n'a pas statué sur le projet « *Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle.* ».

Ce projet n'implique pas de patients.

De façon générale, interroger des professionnels sur leurs pratiques ou la représentation qu'ils ont de leurs pratiques ne pose en général pas de problème éthique. De façon générale, le fait d'interroger des professionnels sur leurs représentations ou leurs pratiques de soin ne relève pas nécessairement de l'avis d'un comité d'éthique

Vous pouvez donc mener votre étude, si il y a un désir de publication il faudra donner la justification ci-dessus.

Bon courage pour la thèse!

**Dr Laëtitia GOSSELIN**

**Chef de Clinique Universitaire**

Département de Médecine Générale - Université Paris Cité

<https://dmg-u-paris.fr/>



## Annexe 8 - Grille COREO

N°	Item	Guide questions/description	
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>			
1.	Enquête/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Manon DELAHOUSSE et Marie-S DEMOSTHENES
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? (ex. : PhD, MD)	DES Médecine générale
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin Généraliste remplaçante
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	DES Médecine générale
<b>Relations avec les participants</b>			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	NON
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (ex. : objectifs personnels, motifs de la recherche)	Expérience en soins primaires
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (ex. : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche)	Non concerné
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>			
<b>Cadre théorique</b>			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? (ex. : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)	Analyse thématique
<b>Sélection des participants</b>			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? (ex. : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige)	Échantillonnage par convenance et effet boule de neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? (ex. : face-à-face, téléphone, courrier, courriel)	Courriel
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	25
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Quelles en étaient les raisons ?	1 personne a eu un empêchement et un centre de soins n'a pas eu le temps d'organiser la réunion
<b>Contexte</b>			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? (ex. : domicile, clinique, lieu de travail)	CPTS/CMS

15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Dr Collignon Portes a participé à un FG en tant qu'observatrice
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? (ex. : données démographiques, date)	Cf tableau
<b>Recueil des données</b>			
17.	Guide d'entretien	Les questions, amorces et guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	3 entretiens de groupe
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	1h30 min environ
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	OUI cf méthodologie
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	OUI
<b>Domaine 3 : Analyses et résultats</b>			
<b>Analyses des données</b>			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	OUI
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les deux
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Pas de logiciel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	En attente
<b>Rédaction</b>			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? (ex. : numéro de participant)	OUI
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	OUI
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	OUI
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	OUI

## **Annexe 9 - Extrait du Journal de bord**

..... Cette étude m'a permis de m'exercer dans le rôle de de chercheuse et d'observer l'impact que ma posture peut avoir dans la conduite des focus groups.

Lors du premier focus group, j'ai ressenti un certain stress en tant que modératrice, ce qui a pu influencer mon approche. J'avais tendance à être très scolaire et à me concentrer sur le respect du guide d'entretien, parfois au détriment de la fluidité des échanges.

Avec l'expérience, lorsque j'ai été amenée à reprendre la casquette de modératrice, j'ai appris à adopter une posture plus souple, en relançant les discussions de manière plus naturelle et en m'adaptant aux réactions des participants.

En tant qu'observatrice lors du deuxième focus group, j'ai pu noter que les participants semblaient parfois s'auto-modérer dans leurs critiques du PPCS, peut-être par crainte du jugement. Et ce, bien qu'au début de chaque entretien, nous ayons insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse.

Enfin, cette étude m'a fait prendre conscience de certains biais possibles. Par exemple, le fait que nous ayons dû solliciter plusieurs fois les structures pour recruter des participants pourrait signifier que ceux qui ont accepté étaient déjà plus sensibilisés ou ouverts à la question du PPCS, ce qui peut influencer les résultats. Et également par le fait que nos directeurs de thèse travail plus ou moins en collaboration avec ces structures. Nous aurions peut-être dû diversifier davantage les modalités de recrutement pour obtenir un échantillon plus varié.

Au final, cette expérience a renforcé ma capacité à gérer des entretiens qualitatifs et m'a fait évoluer dans ma posture de chercheuse. J'ai gagné en assurance et en flexibilité, ce qui me servira si je suis amenée à réaliser d'autres travaux de recherche dans le futur.

⇒ **L'intégralité du journal de bord est disponible en ligne :**

<https://drive.google.com/file/d/1WUJRTi7KYQdVDYLbUDO27LIFloyHblQI/view?usp=sharing>

## Annexe 10 - Extrait Corpus des verbatims

### Quel serait pour vous le support idéal pour le PPCS ?

(P7) : Les !

(P8) : Les supports ; humain et informatique !

(P10) : Il faudrait un outil informatique, facile !

(P8) : Je suis prête à abandonner les post-its mais pour un outil facile.

(P10) : Avec des accès restreints, en tout cas adaptés aux différents professionnels, pour respecter tout ce qui est secret médical mais en rendant les infos accessibles à ceux qui en ont besoin pour accompagner le patient, faire des synthèses et qui soit mise à jour, avec les dates de mise à jour.

(P8) : Donc un facteur humain aussi.

(P12) : Peut-être une application mobile, quand on se déplace au domicile du patient.

(P8) : Attends, attends, une application mobile mais je vis dans le Vexin, j'ai 3 téléphones qui ne captent pas au même endroit. (rires)

(P7) : Il y a des endroits où c'est plus dur que d'autres.

(P10) : Et un support papier qui reste chez le patient parce que cela peut être utile. Car là on parle du domicile mais il n'y a pas que le domicile.

(P13) : Donc cela veut dire que tu as deux versions de PPCS. Parce que moi j'ai le souvenir de certaines situations où des choses qui étaient importantes dans le cadre de la prise en charge, tu ne pouvais pas le partager avec le patient.

(P10) : Ou alors une synthèse que l'on partage avec le patient et qu'on imprime.

(P13) : Tu vois ce que je veux dire, il y a des choses qu'entre professionnels on partageait que l'on ne pouvait pas partager au patient.

(P10) : Parce que s'il n'y a rien chez le patient cela pose le souci qu'a eu (P8) quoi.

(P13) : C'est pour cela que je pensais à deux réunions là, le premier entre professionnels et ensuite un avec le patient. On va arriver avec un PPS professionnel et un PPS patient. C'est plus comme ça pour moi.

(P8) : Et puis aussi chez le patient, il y a quand même parfois la famille.

(P13) : Parfois la famille va alourdir la prise en charge et la rendre complexe, et tu ne peux pas clairement l'écrire quoi.

(P11) : Et il y a des choses que te dit le patient que la famille ne doit pas savoir!

(P8) : ou que le patient dit « vous ne le dites pas ».

⇒ **L'intégralité des verbatims est disponible en ligne :**

[https://drive.google.com/file/d/1Vqw6IDo-FUjlqNyPcrvHaVuLAS-M8ihW/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Vqw6IDo-FUjlqNyPcrvHaVuLAS-M8ihW/view?usp=share_link)

# RÉSUMÉ

---

**Introduction :** Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019, vise à améliorer la coordination des soins pour les patients complexes, notamment ceux atteints de pathologies chroniques. Bien qu'adapté pour un large éventail de professionnels, son utilisation en soins primaires soulève des questions d'efficacité, les praticiens le trouvant souvent trop descriptif.

**Objectif :** Évaluer le format du PPCS actuel auprès des professionnels, d'identifier des pistes d'amélioration afin de l'adapter aux besoins du terrain et de proposer une ébauche du cahier des charges.

**Matériels et méthodes :** Étude qualitative par la méthode des focus groups auprès des professionnels de santé expérimentés en soins coordonnés, travaillant avec des patients complexes. Échanges retranscrits et analysés par thématique.

**Résultats :** Le modèle actuel limite l'approche pluridisciplinaire en ne prenant pas en compte tous les professionnels de santé. De plus, les outils numériques existants sont jugés trop complexes, entravant leur adoption et la fluidité des soins. Il est donc essentiel de concevoir un outil plus adapté, sécurisé et intuitif, favorisant une meilleure coordination interprofessionnelle et une gestion efficace des parcours de soins, notamment pour les patients multimorbides.

**Conclusion :** Un outil numérique simple, flexible et interopérable, intégré aux systèmes existants, est indispensable pour améliorer la coordination soignante et personnaliser le suivi des patients multimorbides. Il doit être accessible sur des supports sécurisés et régulièrement mis à jour pour répondre aux besoins spécifiques des professionnels de santé.

**Spécialité :** *DES médecine générale, Thèse, Dissertation universitaire,*

**Mots clés en Français :** *Soins de santé primaires [MeSH], Équipe de soins pluridisciplinaire [MeSH], Planification des soins aux patients [MeSH], Coordination des soins [MeSH]*

**Université Paris Cité  
UFR de médecine  
15 Rue de l'École de Médecine  
75006 Paris**