

Co-construction d'un outil destiné à l'élaboration d'un plan personnalisé de santé, applicable en réunion pluriprofessionnelle

Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine
Soutenue publiquement le 6 mai 2025 par **Marie Demosthenes** et **Manon Delahousse**

Dirigée par la Docteure Rachel Collignon-Portes et le Docteur Frédéric Chevallier

Présidente du Jury : Professeure Isabelle Aubin-Auger

Membres du Jury : Docteure Juliette Pinot et Docteure Charlotte Lhôtellier

SOMMAIRE

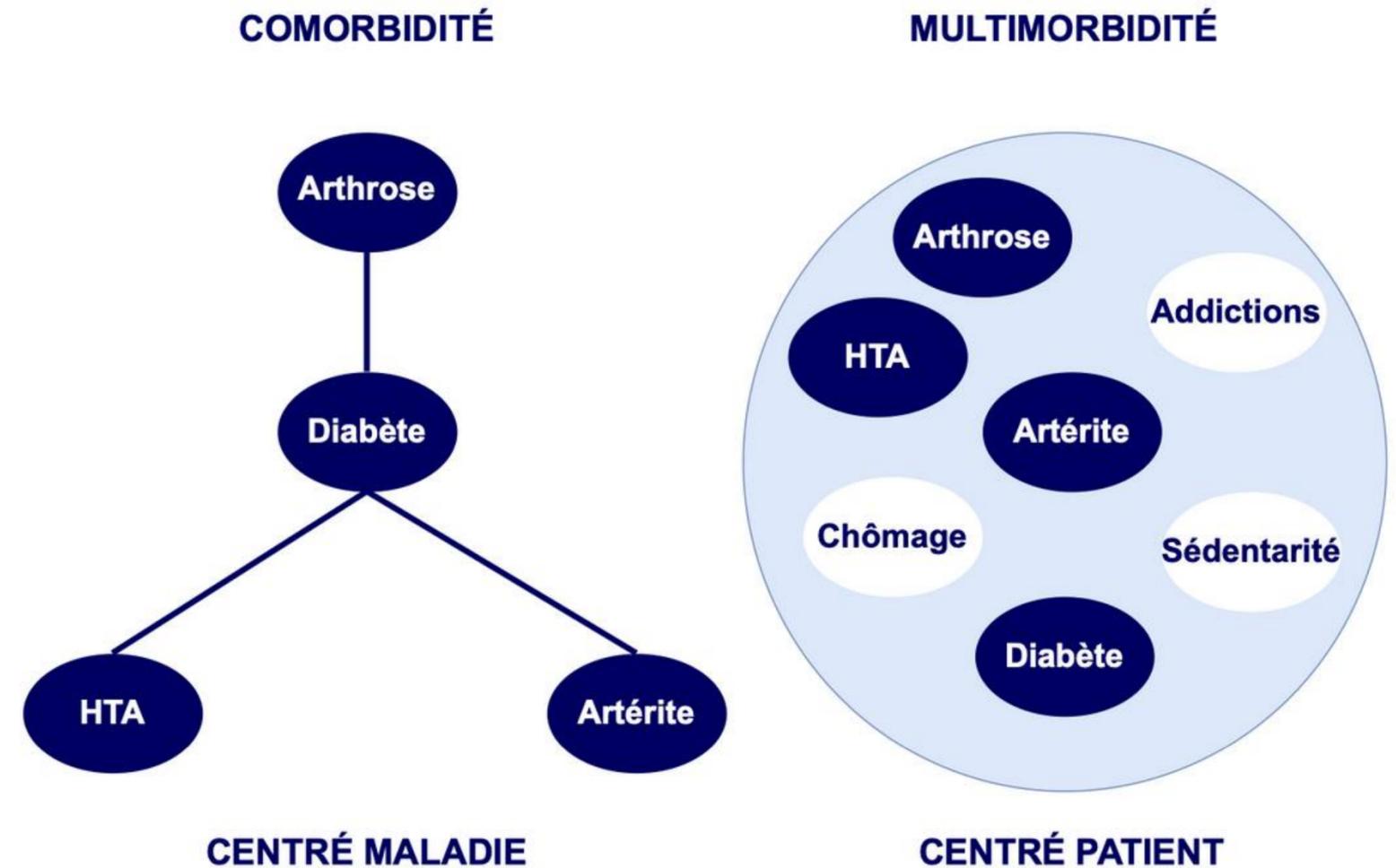
- INTRODUCTION
- MÉTHODE
- RÉSULTATS
- DISCUSSION
- CONCLUSION
- ÉBAUCHE DE L'OUTIL

INTRODUCTION

Définitions

Multimorbidité :

≥ 2 maladies chroniques chez un même patient (OMS, EGPRN)^{1 2 3}



1. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.

2. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comten C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. SFMG. 2020.

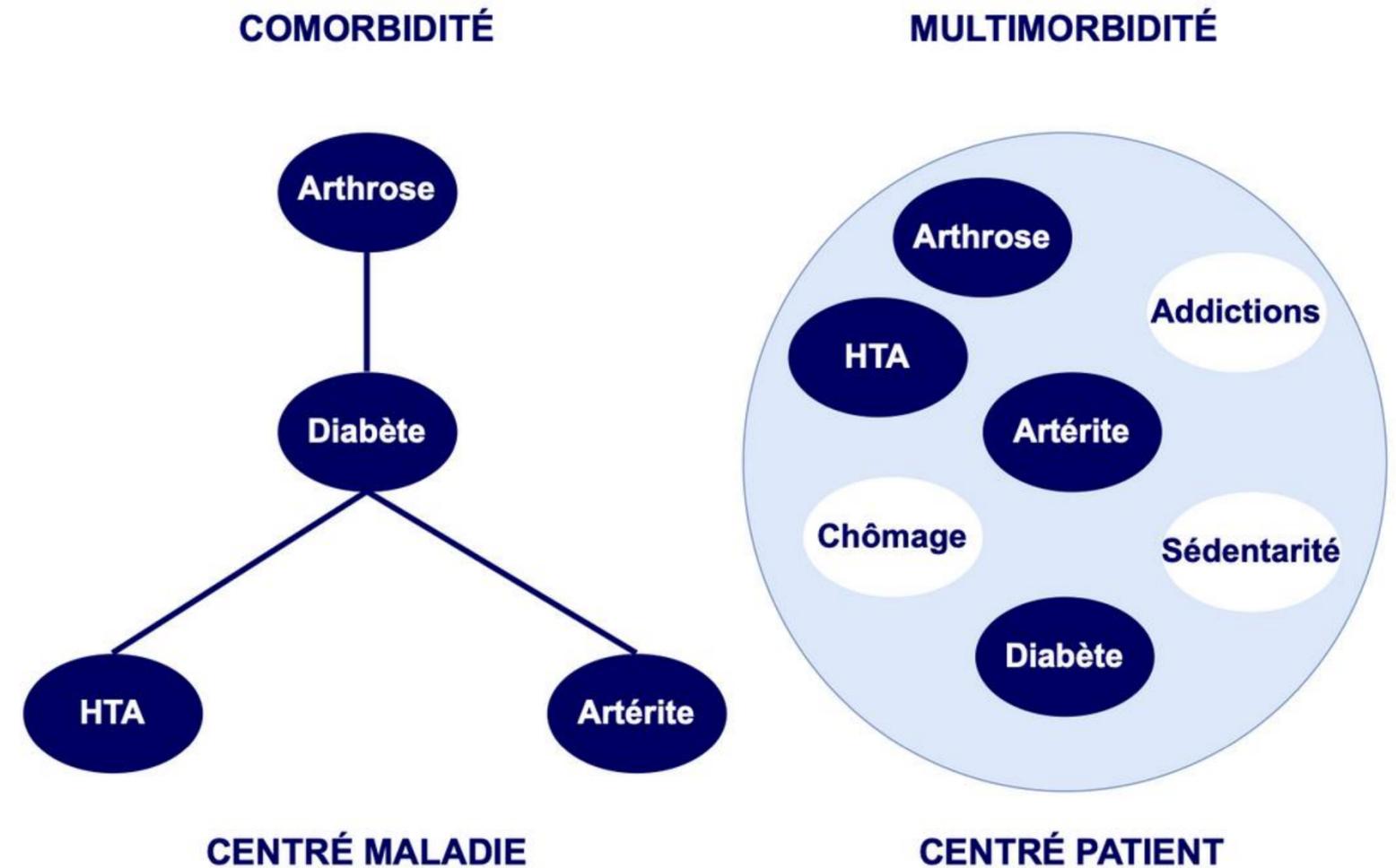
3. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European General Practice Research Network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PLoS One. 2015; 10(1):e0115796.

Définitions

Multimorbidité :

≥ 2 maladies chroniques chez un même patient (OMS, EGPRN)^{1 2 3}

Approche globale : dimensions médicales, sociales et environnementales



1. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.

2. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comten C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. SFMG. 2020.

3. 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.

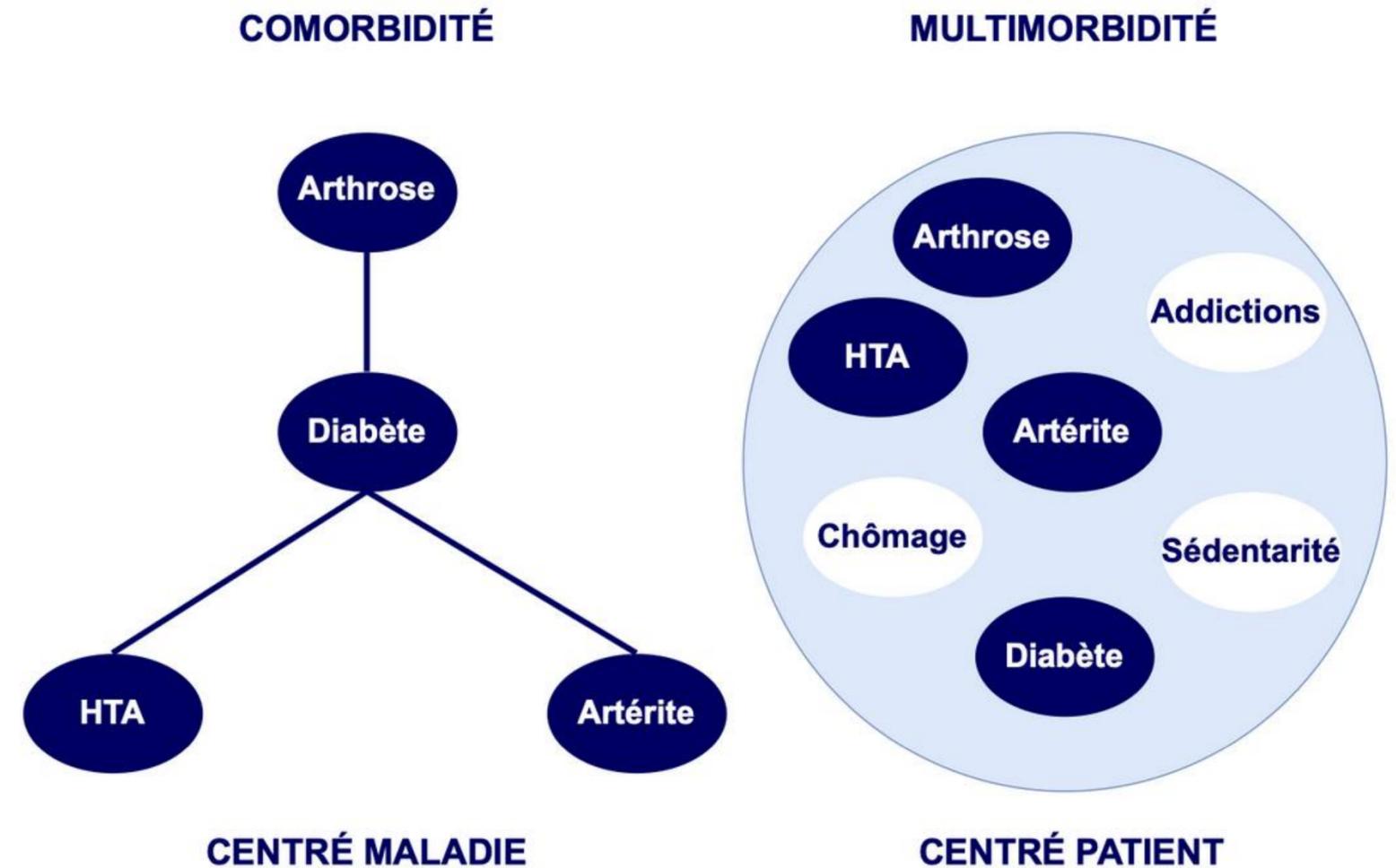
Définitions

Multimorbidité :

≥ 2 maladies chroniques chez un même patient (OMS, EGPRN)^{1 2 3}

Approche globale : dimensions médicales, sociales et environnementales

≠ Comorbidité (association sans lien de causalité)



1. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.

2. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comten C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. SFMG. 2020.

3. 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.

INTRODUCTION

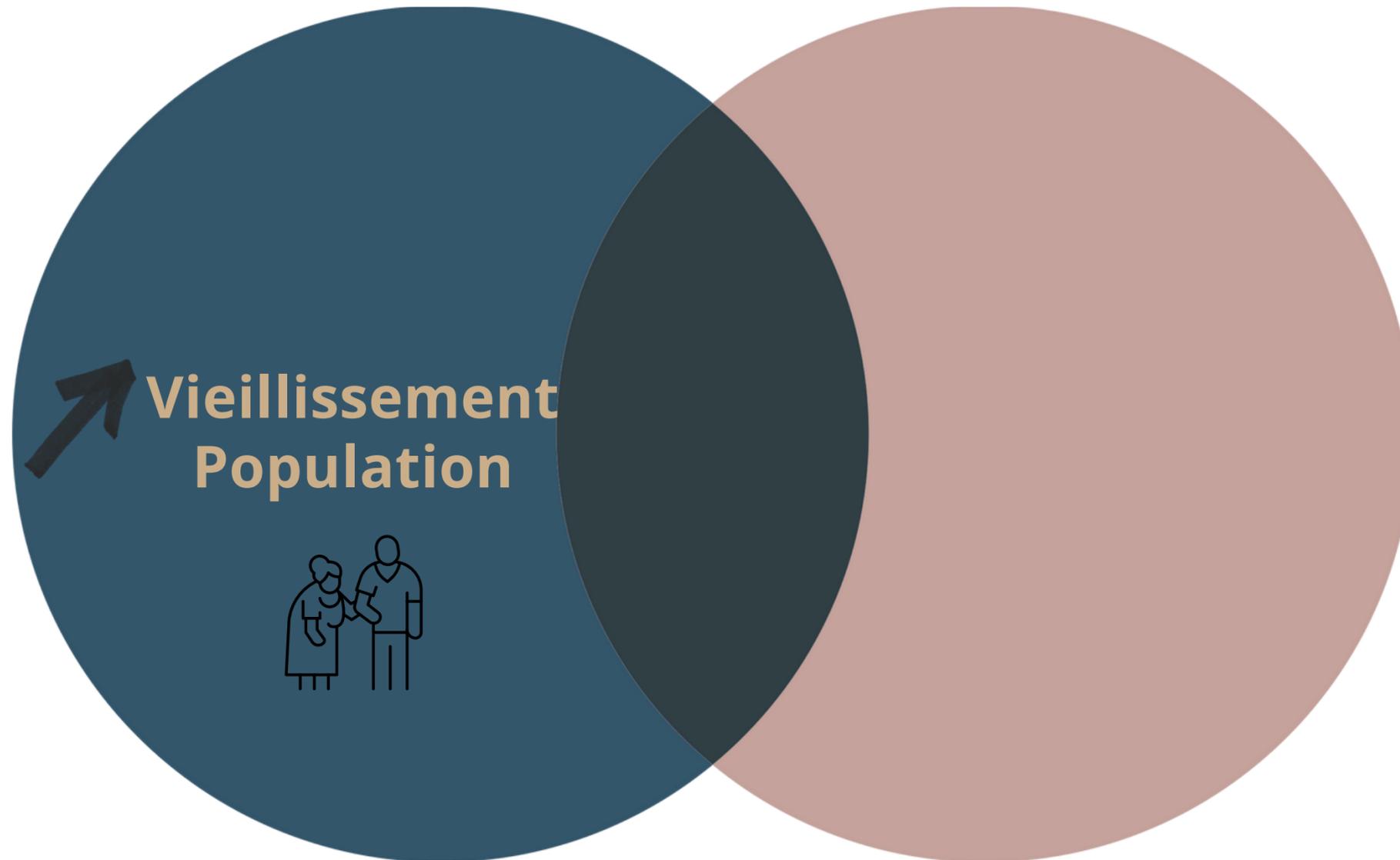
MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

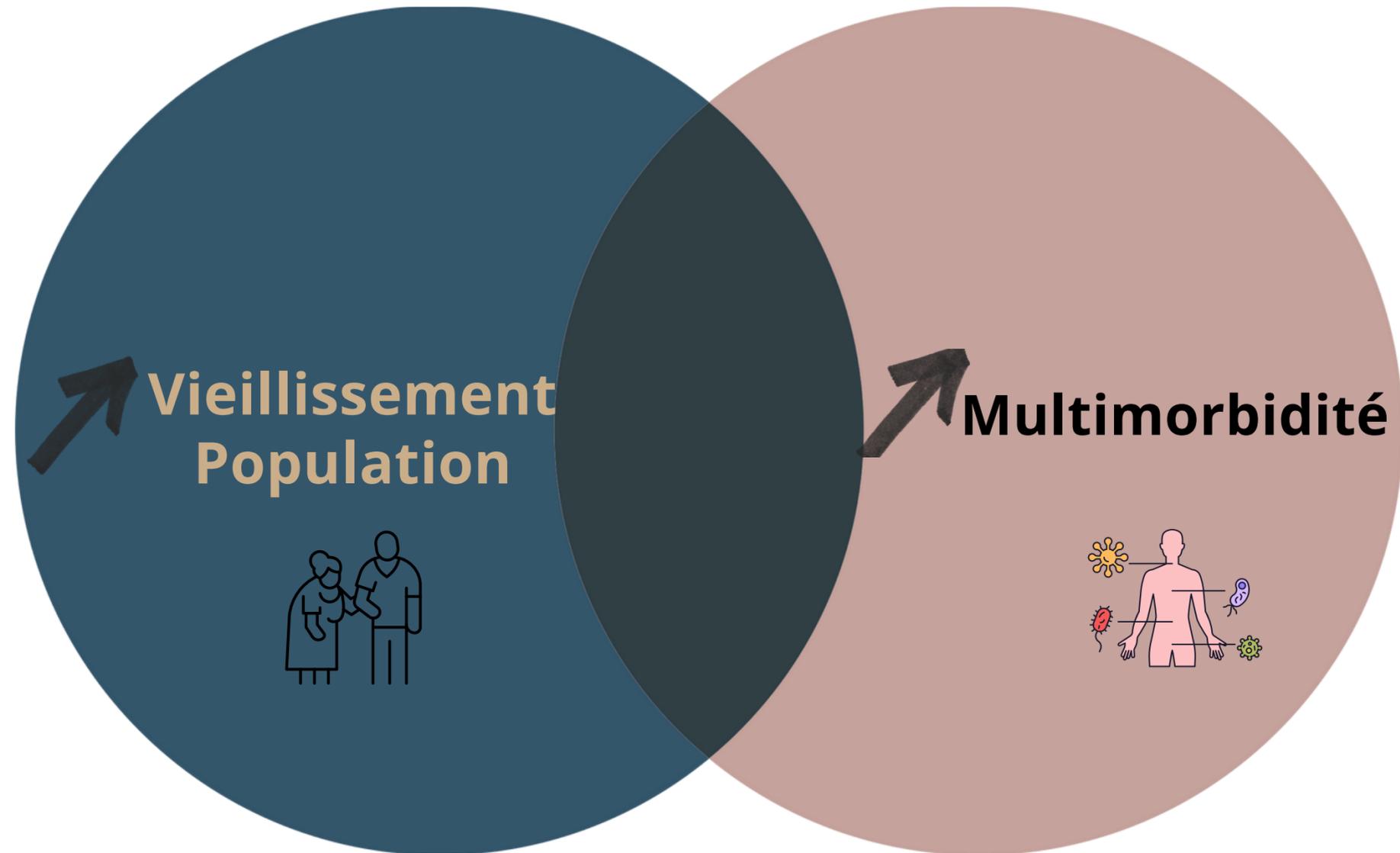
Contexte



4. 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.* 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med.* [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.

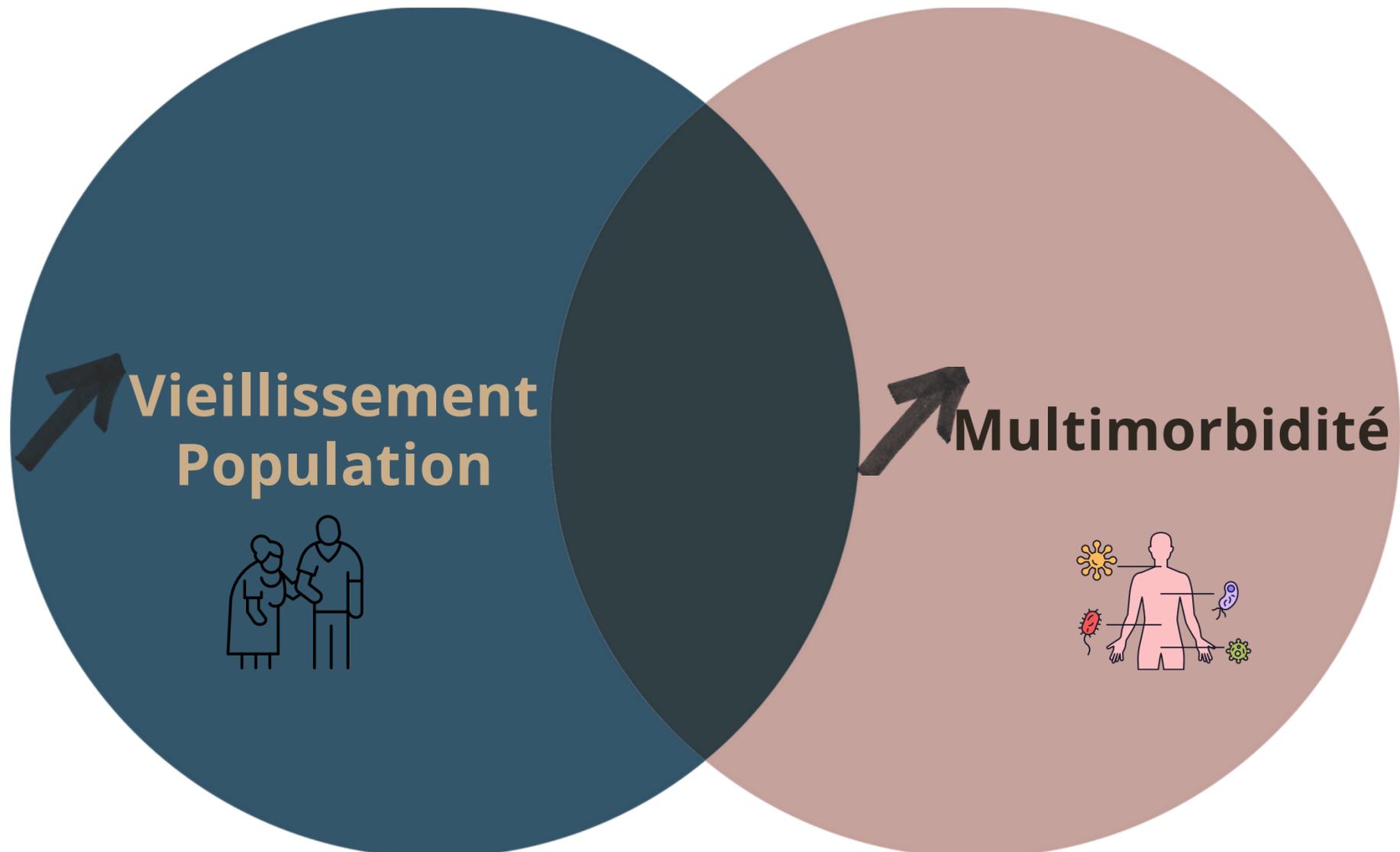
Contexte



4. 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.* 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med.* [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.

Contexte

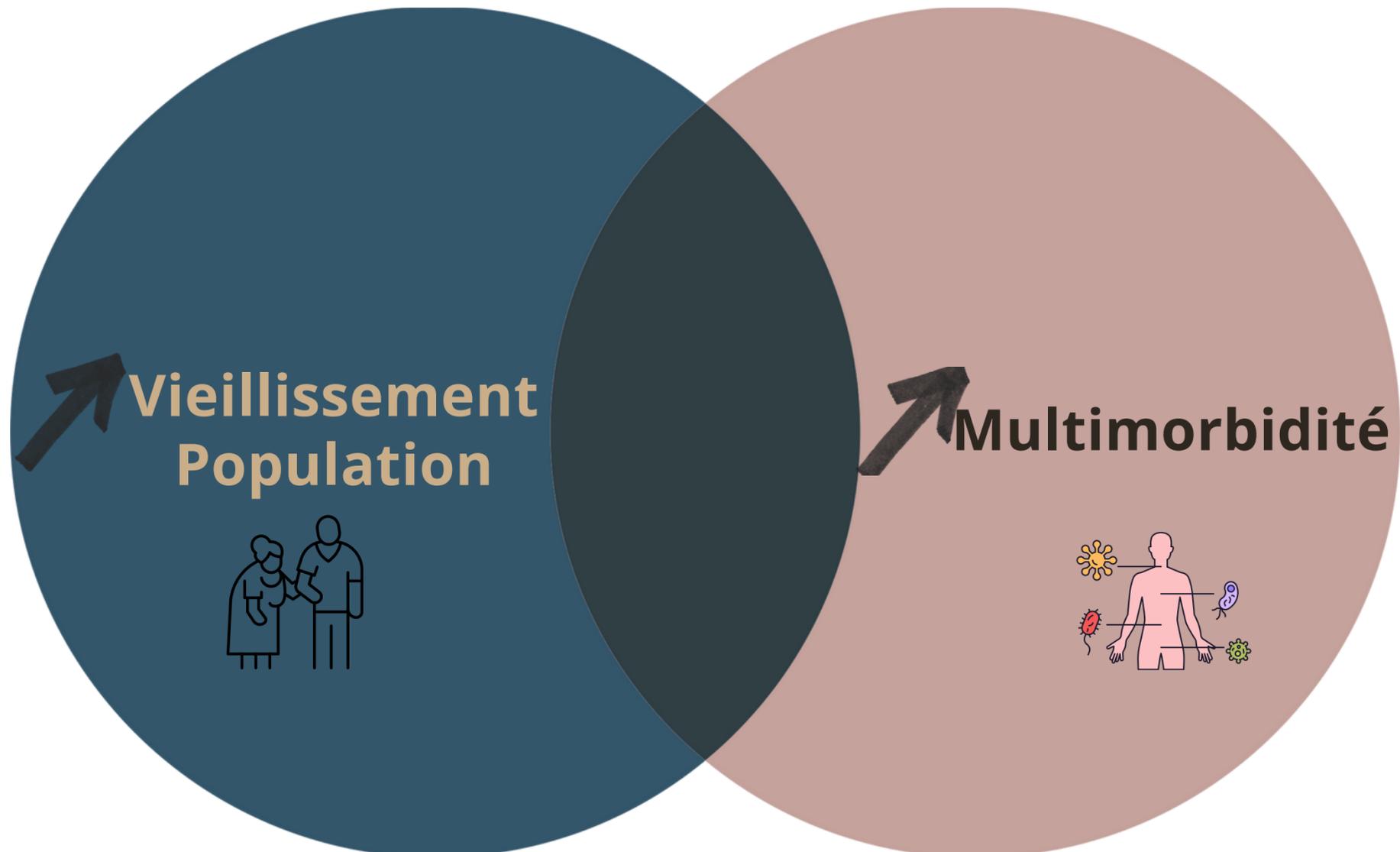


- Prévalence estimée à 30% ⁴

4. 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. 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med. [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.

Contexte



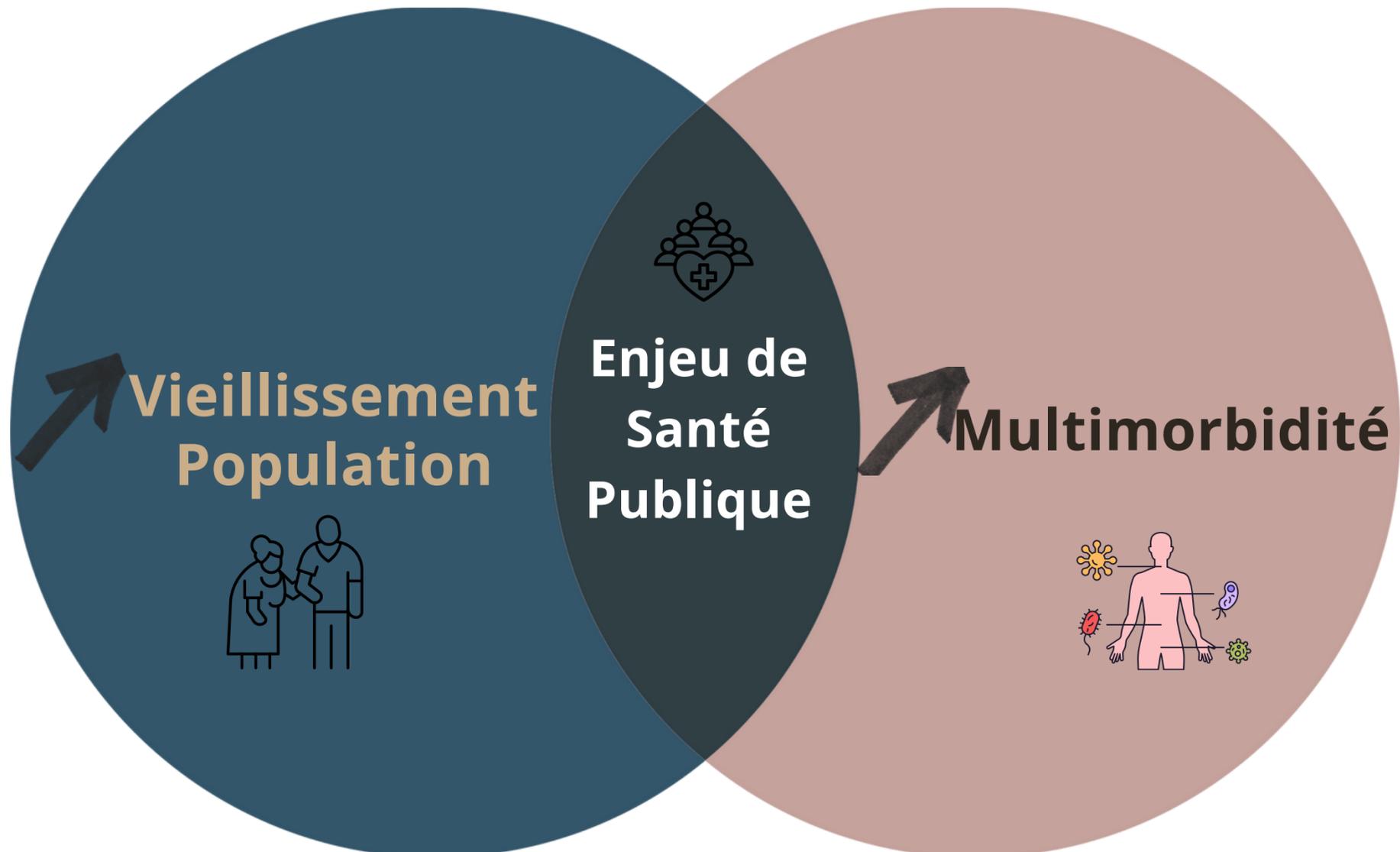
- Prévalence estimée à 30% ⁴

- Environ 50% des consultations de médecine générale

4. 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. 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med. [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.

Contexte

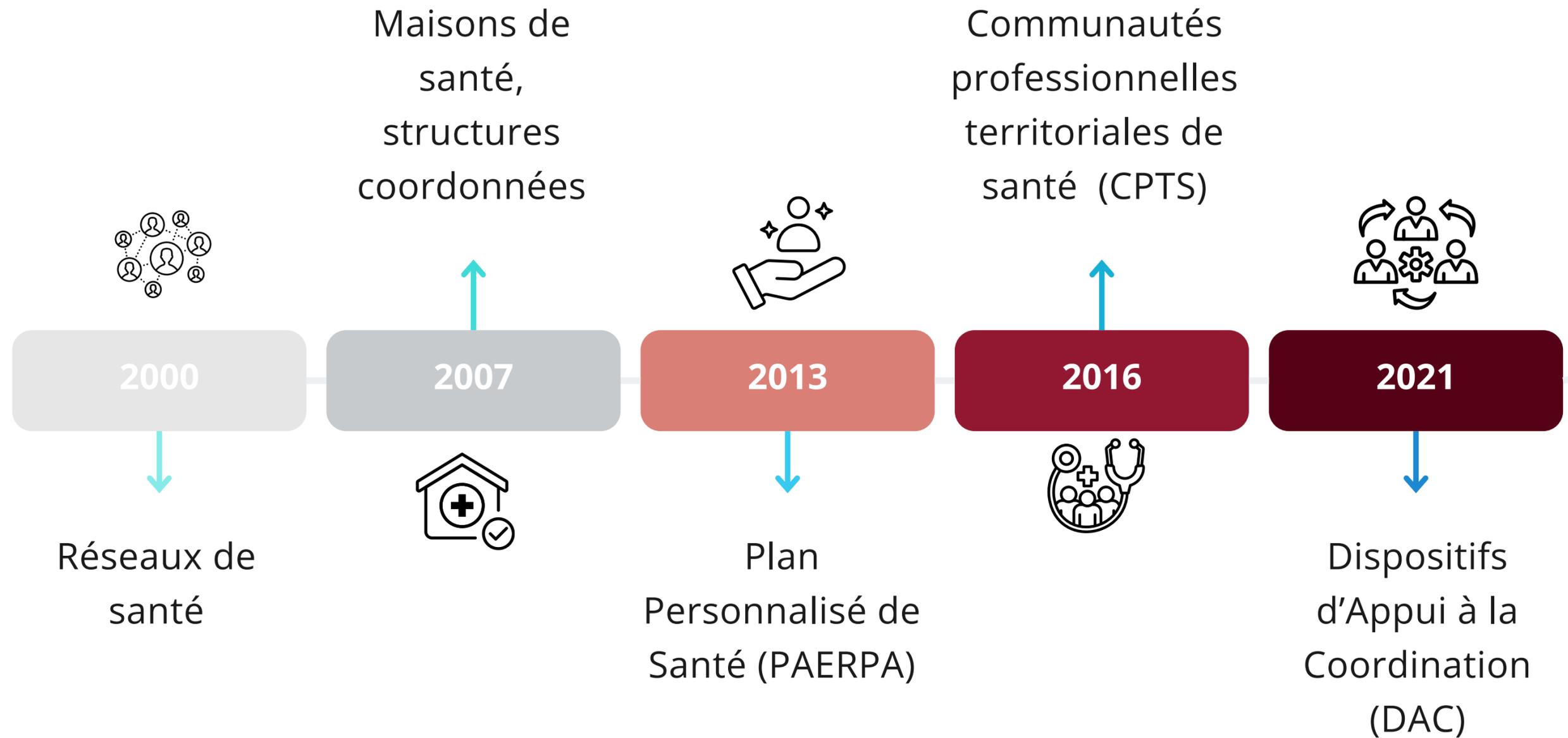


- Prévalence estimée à 30% ⁴

- Environ 50% des consultations de médecine générale

4. 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. 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med. [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.



4. 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. 2021; 18(4):e1003584.

5. 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 Med. [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Objectif : améliorer la coordination des soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie

Bilan à 6 mois (HAS) ⁷ :

- Résistances idéologiques et idées reçues

6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Objectif : améliorer la coordination des soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie

Bilan à 6 mois (HAS) ⁷ :

- Résistances idéologiques et idées reçues
- Contraintes : organisationnelle, formation, suivi insuffisant, charge administrative

6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Objectif : améliorer la coordination des soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie

Bilan à 6 mois (HAS) ⁷ :

- Résistances idéologiques et idées reçues
- Contraintes : organisationnelle, formation, suivi insuffisant, charge administrative
- Outils numériques peu interopérables

6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Résultats mitigés (IRDES, 2019) ⁸ :

- Aucun effet sur les hospitalisations



6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Résultats mitigés (IRDES, 2019) ⁸ :

- Aucun effet sur les hospitalisations
- Effets positifs modestes : ↓ iatrogénie, ↓ passages aux urgences



6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Résultats mitigés (IRDES, 2019) ⁸ :

- Aucun effet sur les hospitalisations
- Effets positifs modestes : ↓ iatrogénie, ↓ passages aux urgences
- Succès localisés selon contexte et implication des équipes



6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS (2013)

Résultats mitigés (IRDES, 2019) ⁸ :

- Aucun effet sur les hospitalisations
- Effets positifs modestes : ↓ iatrogénie, ↓ passages aux urgences
- Succès localisés selon contexte et implication des équipes
- PPS utile, mais difficilement appropriable par les professionnels



6. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.

7. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov.

8. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Vers le PPCS (2019)

- **Remplace le PPS** dans une logique de continuité et d'amélioration
- Accessible à **tous les âges** et à **l'ensemble des professionnels** impliqués dans la coordination
- Objectif : renforcer la **coordination, planifier et personnaliser** les prises en soins
- Pour les **situations complexes**, au-delà d'une pathologie unique
- **Co-construit** avec les usagers, leurs proches et les professionnels de santé





Vers le PPCS



1. Désignation du référent
(coordination du PPCS)

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Vers le PPCS

2. Evaluation globale de la situation - Médicale-
Psychologique- Sociale



1. Désignation du référent
(coordination du PPCS)

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Vers le PPCS

2. Evaluation globale de la situation - Médicale-
Psychologique- Sociale



1. Désignation du référent
(coordination du PPCS)

3. Identification des
situations problématiques

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Vers le PPCS



INTRODUCTION

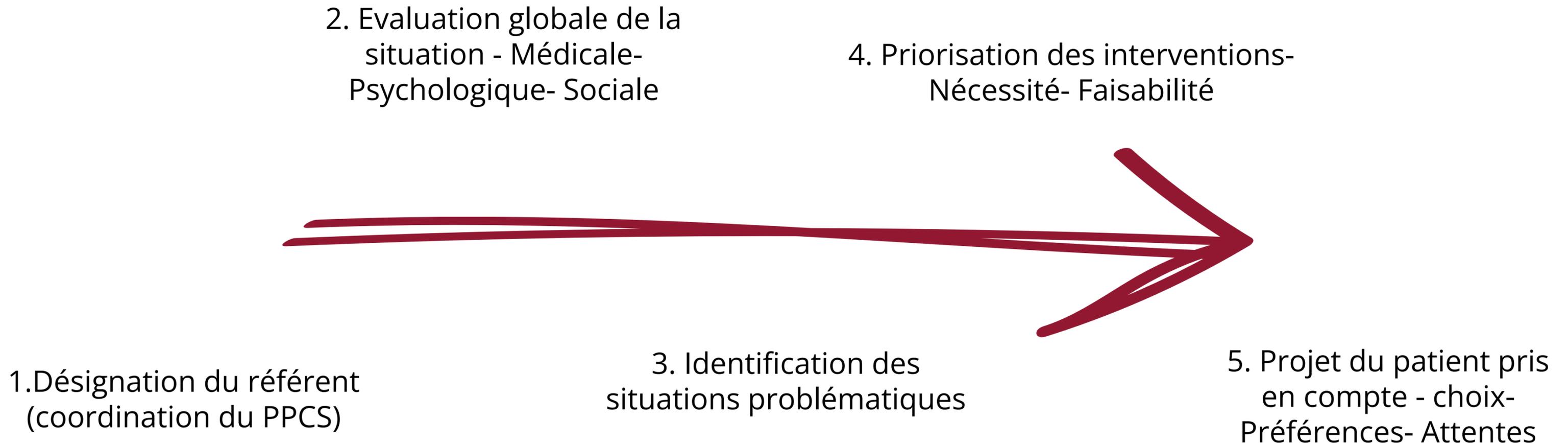
MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Vers le PPCS



Réflexion autour de la problématique



Une étude précédente menée en Savoie ¹⁰ (médecins généralistes) a montré que :

- Le PPCS est peu connu des professionnels
- Utilisation perçue comme chronophage et génératrice de charge administrative
- Faible intégration dans les pratiques de terrain

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Réflexion autour de la problématique



*Une étude précédente menée en Savoie ¹⁰
(médecins généralistes) a montré que :*

- Le PPCS est peu connu des professionnels
- Utilisation perçue comme chronophage et génératrice de charge administrative
- Faible intégration dans les pratiques de terrain



Limite de cette étude :

Point de vue limité aux médecins généralistes, sans contribution des autres professionnels

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Réflexion autour de la problématique



*Une étude précédente menée en Savoie ¹⁰
(médecins généralistes) a montré que :*

- Le PPCS est peu connu des professionnels
- Utilisation perçue comme chronophage et génératrice de charge administrative
- Faible intégration dans les pratiques de terrain



Limite de cette étude :

Point de vue limité aux médecins généralistes, sans contribution des autres professionnels



Notre étude :

- Implique des **équipes pluriprofessionnelle et des structures de soins coordonnés**
- Explore l'utilité réelle du PPCS



Deux objectifs

INTRODUCTION

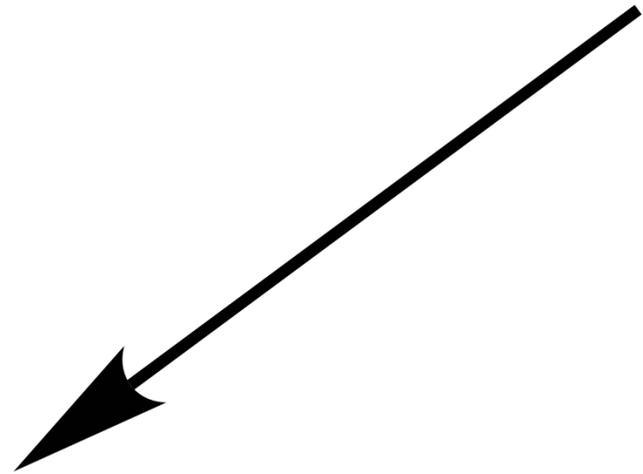
MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Deux objectifs



Explorer la pertinence
réelle des éléments du PPCS

INTRODUCTION

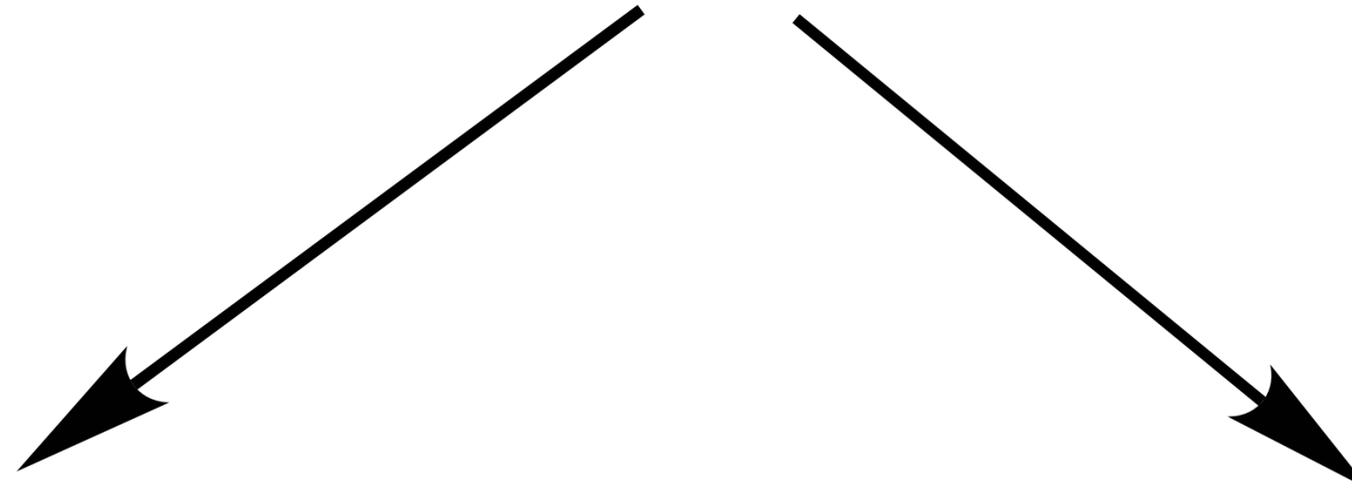
MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Deux objectifs



Explorer la pertinence réelle des éléments du PPCS



Évaluer le format actuel du PPCS et **identifier** des pistes d'amélioration

MÉTHODE

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Méthodologie

Type d'étude

- Recherche qualitative
- Focus groups

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

12. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Méthodologie

Type d'étude

- Recherche qualitative
- Focus groups

Population

- Professionnels de santé impliqués en structures de soins coordonnés en Île-de-France
- Recrutement par effet "boule de neige" encadrée

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

12. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Méthodologie

Type d'étude

- Recherche qualitative
- Focus groups

Population

- Professionnels de santé impliqués en structures de soins coordonnés en Île-de-France
- Recrutement par effet "boule de neige" encadrée

Déroulement des séances

- Entretiens semi dirigés, questions ouvertes
- Alternance Modérateur/Observateur

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

12. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Méthodologie

Type d'étude	<ul style="list-style-type: none">• Recherche qualitative• Focus groups
Population	<ul style="list-style-type: none">• Professionnels de santé impliqués en structures de soins coordonnés en Île-de-France• Recrutement par effet "boule de neige" encadrée
Déroulement des séances	<ul style="list-style-type: none">• Entretiens semi dirigés, questions ouvertes• Alternance Modérateur/Observateur
Retranscription et analyse	<ul style="list-style-type: none">• Retranscription manuelle• Analyse thématique avec triangulation

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

12. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Méthodologie

Type d'étude	<ul style="list-style-type: none">• Recherche qualitative• Focus groups
Population	<ul style="list-style-type: none">• Professionnels de santé impliqués en structures de soins coordonnés en Île-de-France• Recrutement par effet "boule de neige" encadrée
Déroulement des séances	<ul style="list-style-type: none">• Entretiens semi dirigés, questions ouvertes• Alternance Modérateur/Observateur
Retranscription et analyse	<ul style="list-style-type: none">• Retranscription manuelle• Analyse thématique avec triangulation
Aspects éthiques	<ul style="list-style-type: none">• Consentement éclairé et anonymisation• Hors champ de la loi Jardé, mais soumis à un comité d'éthique

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

12. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

N°	Profession	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

N°	Profession	Âge	Genre	Mode d'exercice	Région
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	IPA	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	49
P25	Médecin généraliste	25-35	Masculin	CMS	93

INTRODUCTION

MÉTHODE

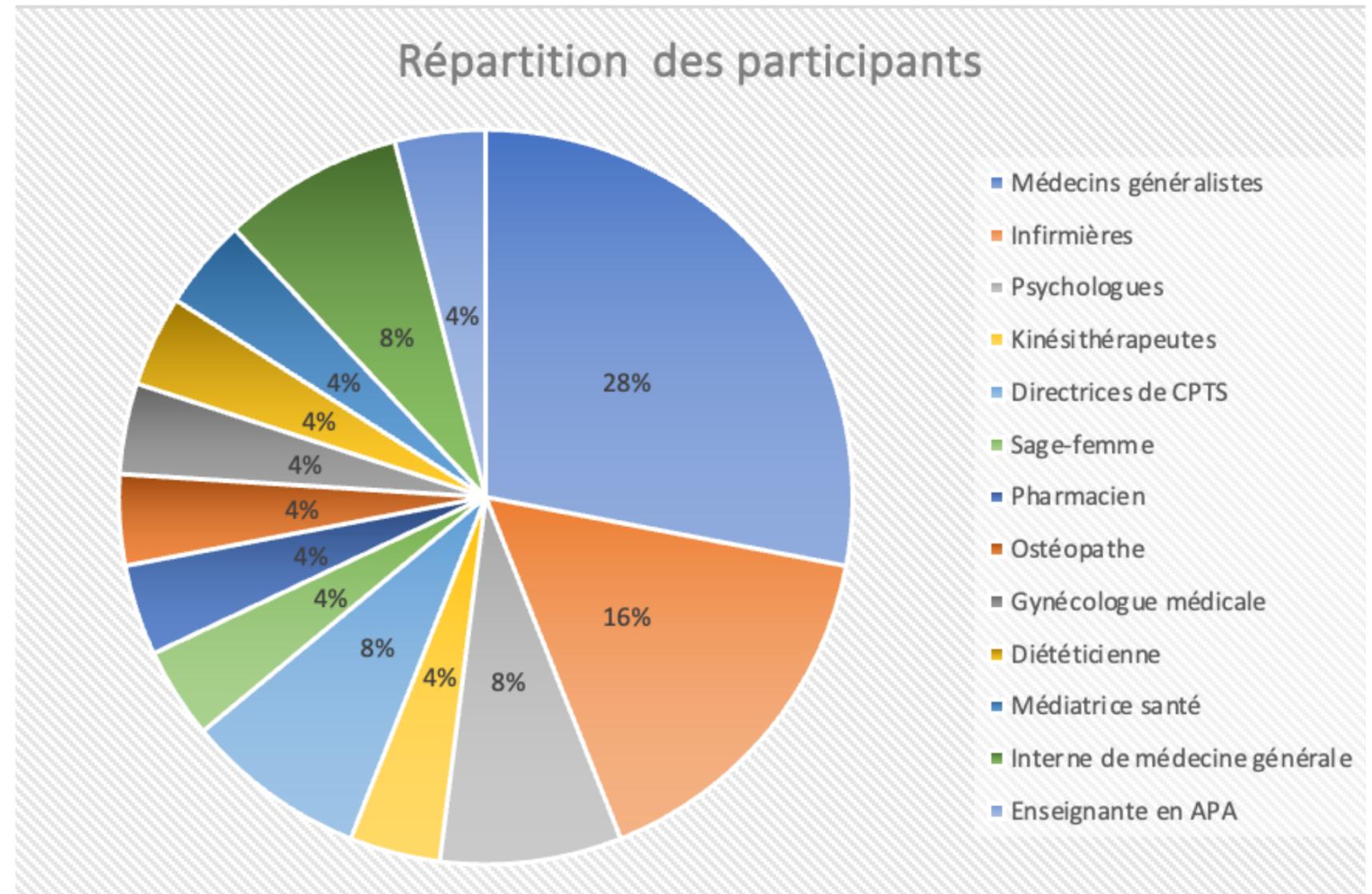
RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Caractéristiques des participants

Équipe pluriprofessionnelle : professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs de la coordination



INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

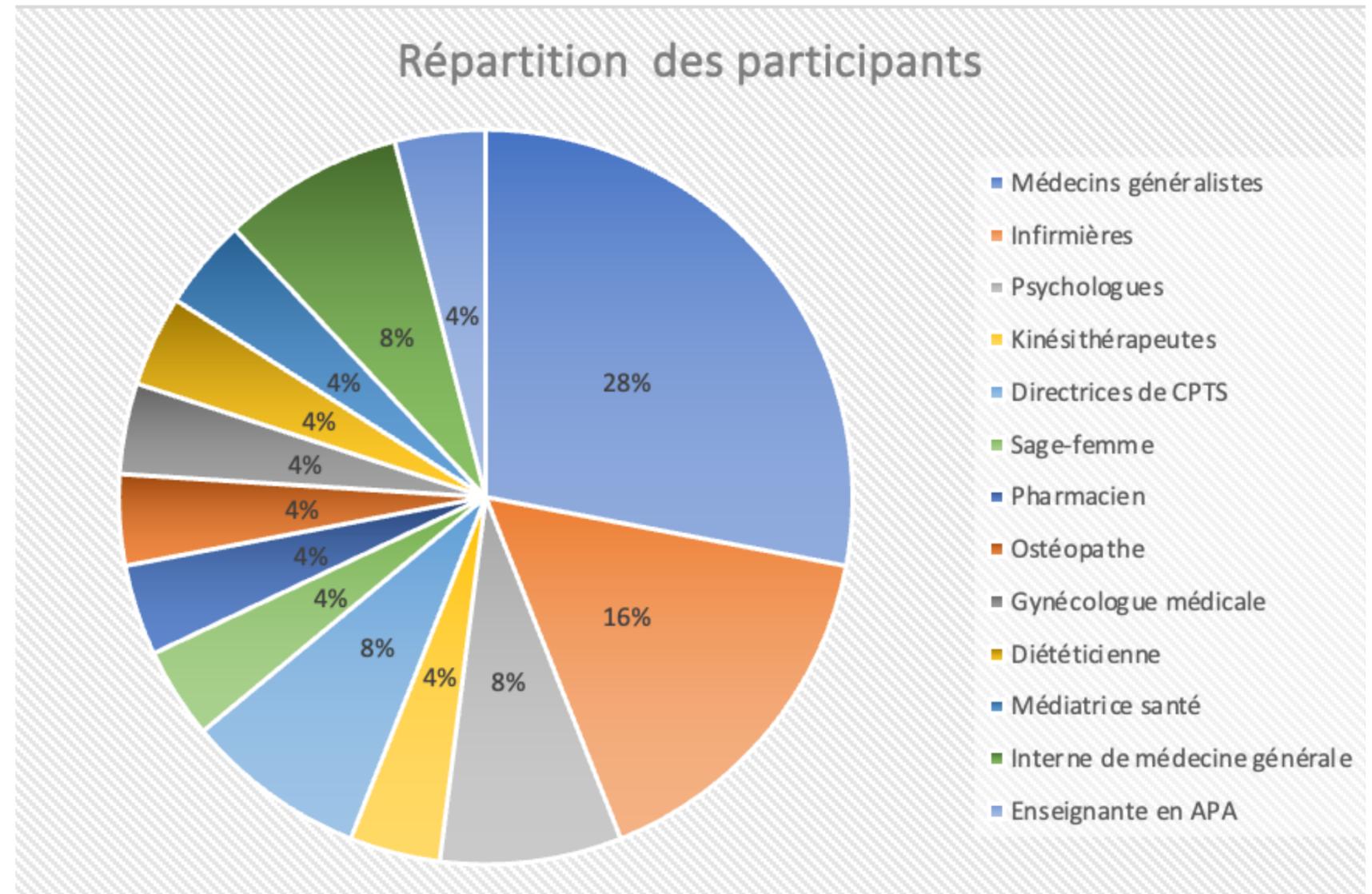
DISCUSSION

CONCLUSION

Caractéristiques des participants

Équipe pluriprofessionnelle : professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs de la coordination

Répartition **équilibrée** entre les différentes professions



INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

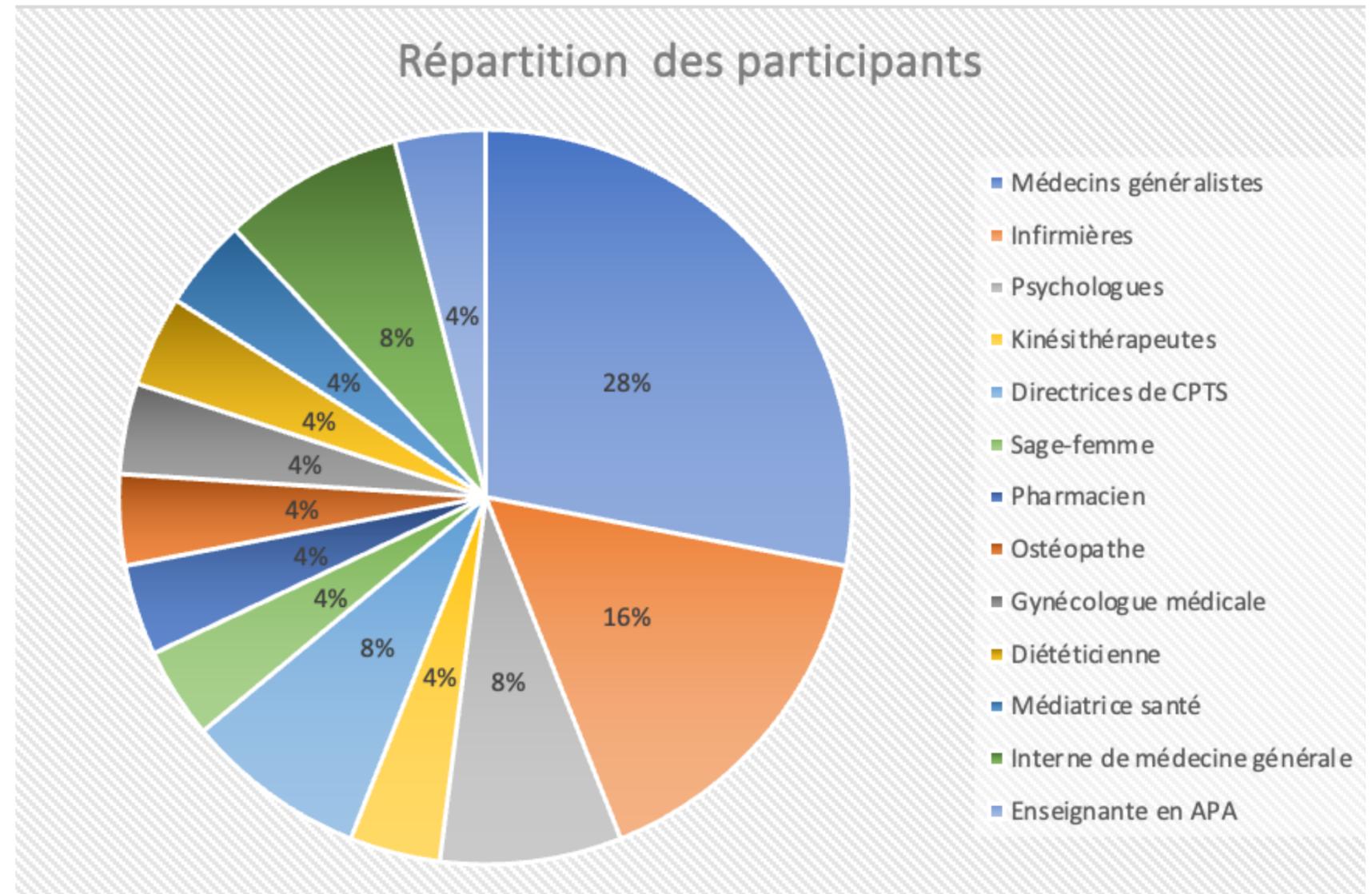
CONCLUSION

Caractéristiques des participants

 **Équipe pluriprofessionnelle** : professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs de la coordination

 Répartition **équilibrée** entre les différentes professions

 Moyenne d'âge estimée : **35 - 45 ans**



INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

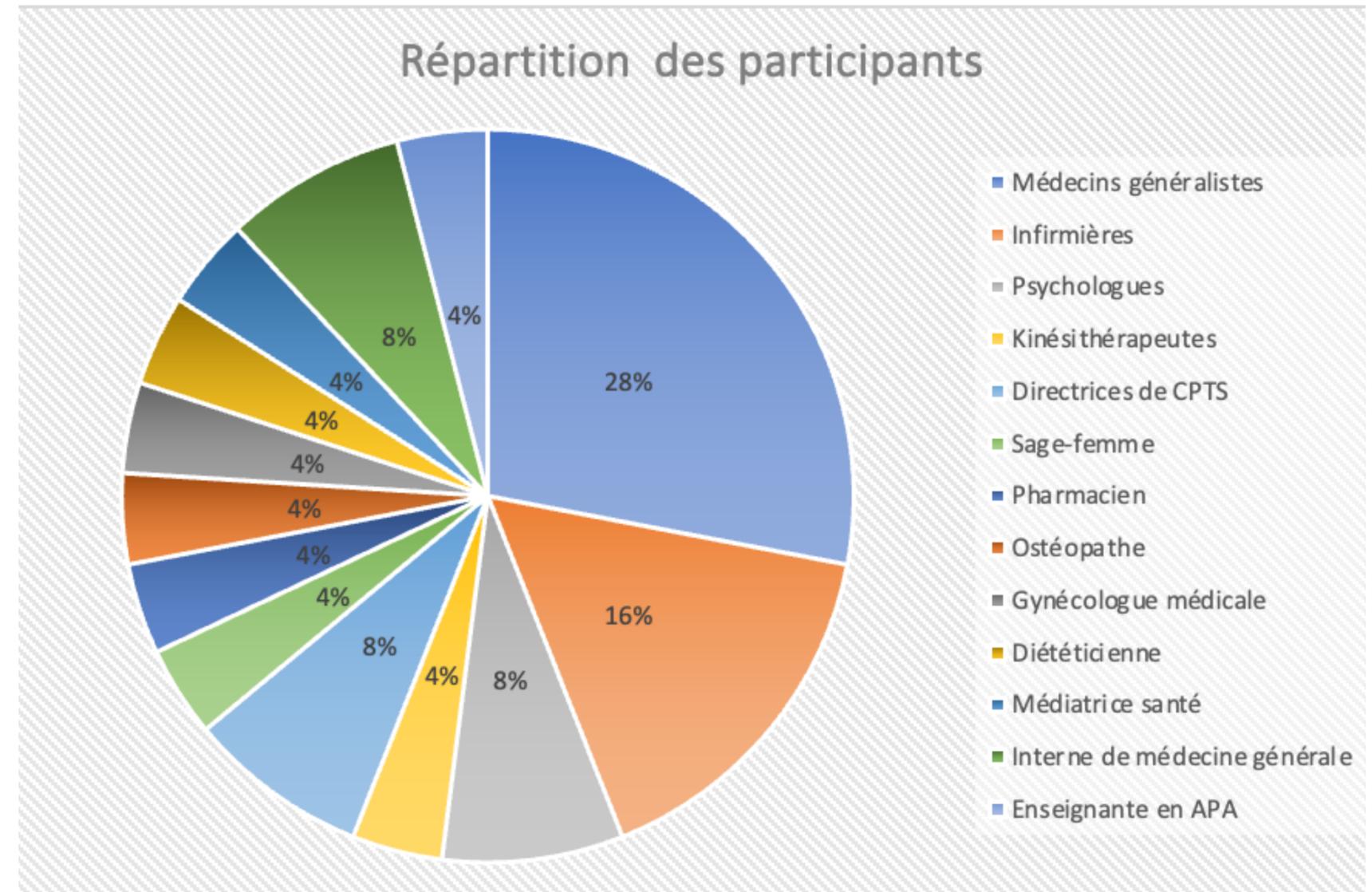
Caractéristiques des participants

Équipe pluriprofessionnelle : professionnels médicaux, paramédicaux et acteurs de la coordination

Répartition **équilibrée** entre les différentes professions

Moyenne d'âge estimée : **35 - 45 ans**

Expérience des RCP : **hétérogène** selon les participants





RCP

Attentes

- Collaboration interprofessionnelle
- Référent patient
- Préparation en amont

P13 « Il faut une temporalité claire. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

RCP

Attentes

- Collaboration interprofessionnelle
- Référent patient
- Préparation en amont

Freins

- Surcharge de travail
- Equipe hétérogènes

P13 « Il faut une temporalité claire. »

P2 « Chaque patient aura une équipe différente. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

RCP

Attentes

- Collaboration interprofessionnelle
- Référent patient
- Préparation en amont

Freins

- Surcharge de travail
- Equipe hétérogènes

Piste d'amélioration

- Fonction de coordination dédiée
- Réunion en deux temps (sans puis avec le patient)

P13 « Il faut une temporalité claire. »

P2 « Chaque patient aura une équipe différente. »

P9 « Cela pourrait être un assistant médical. »



PPS : les attentes

Organisation

- Identification des acteurs
- Axe d'intervention principal

P2 : « L'équipe de soin au sens large. »



PPS : les attentes

Organisation

- Identification des acteurs
- Axe d'intervention principal

Bénéfices

- Favoriser la coordination
- Vision globale du patient

P2 : « L'équipe de soin au sens large. »

P18 « Le patient devient acteur. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

PPS : les attentes

Organisation

- Identification des acteurs
- Axe d'intervention principal

Bénéfices

- Favoriser la coordination
- Vision globale du patient

Bénéfice secondaire

- Réduction isolement des soignants

P2 : « L'équipe de soin au sens large. »

P18 « Le patient devient acteur. »

P13 « Cela rompt l'isolement des soignants. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perceptions sur le PPCS (2019)

Controverses

- Outil exhaustif vs trop complexe
- Clarté sur les intervenants vs liste incomplète

P5 « Il n'y a pas les psychologues, podologues, etc. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perceptions sur le PPCS (2019)

Controverses

- Outil exhaustif vs trop complexe
- Clarté sur les intervenants vs liste incomplète

Avantages

- Recueil des attentes du patient
- Consentement

P5 « Il n'y a pas les psychologues, podologues, etc. »

P16 « Les objectifs du praticien, du patient, de l'entourage... »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perceptions sur le PPCS (2019)

Controverses

- Outil exhaustif vs trop complexe
- Clarté sur les intervenants vs liste incomplète

Avantages

- Recueil des attentes du patient
- Consentement

Inconvénients

- Méconnaissance de l'outil
- Absence de rémunération

P5 « Il n'y a pas les psychologues, podologues, etc. »

P16 « Les objectifs du praticien, du patient, de l'entourage... »

P9 « Je n'en avais jamais entendu parler. »



Pratiques actuelles : entre débrouille et risques d'erreurs

Moyens alternatifs non sécurisés :

- Échanges informels
- Format papier, post-its...

P8 « C'est affreux, mais je communique par post-it avec les kinés. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Pratiques actuelles : entre débrouille et risques d'erreurs

Moyens alternatifs non sécurisés :

- Échanges informels
- Format papier, post-its...

P8 « C'est affreux, mais je communique par post-it avec les kinés. »

⚠ Conséquences :

- Risque pour la confidentialité des données
- Coordination affaiblie

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

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Outils existants peu adaptés : trop complexe, pas pour tous

Complexité et manque d'ergonomie :

- Chronophage
- Manque de structuration
- Données non actualisées

P2 « Terr-eSanté, c'est pas un outil de la pratique, il faut une demi-heure pour l'utiliser...»

P2 « Le DMP, c'est de l'archivage.»

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Outils existants peu adaptés : trop complexe, pas pour tous

Complexité et manque d'ergonomie :

- Chronophage
- Manque de structuration
- Données non actualisées

P2 « Terr-eSanté, c'est pas un outil de la pratique, il faut une demi-heure pour l'utiliser...»

P2 « Le DMP, c'est de l'archivage.»

Frein à la coordination des soins

- Exclusion de certains acteurs
- Accès limité à l'information
- Aspects humains et perceptifs négligés

P21 « Certains professionnels n'ont pas accès.»



Le PPCS, un modèle à repenser

Simplicité, fluidité et partage :

- Outil numérique, intuitif et rapide
- Partage des informations entre les acteurs

P2 « Quand il y a trop de cases, ça me fait fuir. »

P8 « Je suis prête à abandonner les post-its mais pour un outil facile. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Le PPCS, un modèle à repenser

Simplicité, fluidité et partage :

- Outil numérique, intuitif et rapide
- Partage des informations entre les acteurs

Personnalisation et pertinence clinique :

- Adapter aux parcours réels
- Suivi visible dans le temps

P2 « Quand il y a trop de cases, ça me fait fuir. »

P8 « Je suis prête à abandonner les post-its mais pour un outil facile. »

P2 « Il faudrait un outil suffisamment souple pour ne pas enfermer les patients dans des cases. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Le PPCS, un modèle à repenser

Simplicité, fluidité et partage :

- Outil numérique, intuitif et rapide
- Partage des informations entre les acteurs

Personnalisation et pertinence clinique :

- Adapter aux parcours réels
- Suivi visible dans le temps

Accessibilité, sécurité, évolutivité :

- Pour tous les acteurs
- Respect du secret médical

P2 « Quand il y a trop de cases, ça me fait fuir. »

P8 « Je suis prête à abandonner les post-its mais pour un outil facile. »

P2 « Il faudrait un outil suffisamment souple pour ne pas enfermer les patients dans des cases. »

P5 « Quelque chose d'hyper sécurisé ! »



Optimisation de la pratique soignante

Respect des normes et confidentialité :

- Consentement patient
- Accès restreint selon les rôles

P13 « Le patient doit donner son consentement écrit. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Optimisation de la pratique soignante

Respect des normes et confidentialité :

- Consentement patient
- Accès restreint selon les rôles

P13 « Le patient doit donner son consentement écrit. »

Interopérabilité et supports complémentaires :

- Intégration à d'autres logiciels métiers
- Carnet de suivi patient

P21 « Il faudrait que ce soit intégrable à notre logiciel actuel. »

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Optimisation de la pratique soignante

Respect des normes et confidentialité :

- Consentement patient
- Accès restreint selon les rôles

P13 « Le patient doit donner son consentement écrit. »

Interopérabilité et supports complémentaires :

- Intégration à d'autres logiciels métiers
- Carnet de suivi patient

P21 « Il faudrait que ce soit intégrable à notre logiciel actuel. »

Adaptation locale :

- Adapté aux spécificités des départements et structures locales

P6 « Oui, je pense qu'il faut que ce soit local. »

DISCUSSION

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Explorer la pertinence du contenu du PPCS :

- RCP essentielles à la coordination des parcours
- Freins logistiques
- Reconnaissance de l'intérêt du PPS
- Levier prometteur : assistants médicaux

Évaluer le format actuel du PPCS et identifier des pistes d'amélioration :

- Un outil numérique adapté et interopérable
- Défis et tensions à surmonter
- Conditions pour une amélioration durable

🔍 Constats transversaux :

- Faible connaissance du PPCS
- Écart entre attentes et réalité
- Besoin de reconnaissance institutionnelle
- Manque de rémunération

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Forces et limites



FORCES

Sujet de santé publique
Diversité des profils
Expérience de terrain
Méthodologie rigoureuse
Triangulation
Recommandations pratiques

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Forces et limites



FORCES

Sujet de santé publique
Diversité des profils
Expérience de terrain
Méthodologie rigoureuse
Triangulation
Recommandations pratiques



LIMITES

Échantillon restreint
Biais de recrutement
Limites liées à la méthode
Manque de données quantitatives
Absence de suivi longitudinal
Absence de perspective des patients



Perspectives

! Faible connaissance du PPCS



Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

🌍 Élargir le profil des participants

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

 **Élargir le profil des participants**

 **Élargir l'échantillon**

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

 **Élargir le profil des participants**

 **Élargir l'échantillon**

 **Suivi longitudinal**

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

 **Élargir le profil des participants**

 **Élargir l'échantillon**

 **Suivi longitudinal**

 **Expérimenter l'intégration d'un assistant de coordination**

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

 **Élargir le profil des participants**

 **Élargir l'échantillon**

 **Suivi longitudinal**

 **Expérimenter l'intégration d'un assistant de coordination**

 **Renforcer la formation**

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

Perspectives

! Faible connaissance du PPCS

 **Élargir le profil des participants**

 **Élargir l'échantillon**

 **Suivi longitudinal**

 **Expérimenter l'intégration d'un assistant de coordination**

 **Renforcer la formation**

 **Tester un prototype numérique**

CONCLUSION

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

En conclusion



Constats communs

- Attentes fortes pour une meilleure coordination des soins autour des patients complexes
- Intérêt pour le PPCS et la personnalisation des prises en soins

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

En conclusion



Constats communs

- Attentes fortes pour une meilleure coordination des soins autour des patients complexes
- Intérêt pour le PPCS et la personnalisation des prises en soins



Limites actuelles

- Méconnaissance de l'outil
- Charge de travail
- Complexité de l'outil
- Exclusion de certains acteurs clés
- Intégration difficile dans la pratique
- Absence de reconnaissance institutionnelle



En conclusion



Leviers d'amélioration

- Réunions pluriprofessionnelles structurées, régulières, en deux temps
- Fonction de coordination dédiée pour soutenir les équipes
- PPCS plus flexible et adapté aux réalités du terrain
- Outil numérique, sécurisé, ergonomique et interopérable



En conclusion



Leviers d'amélioration

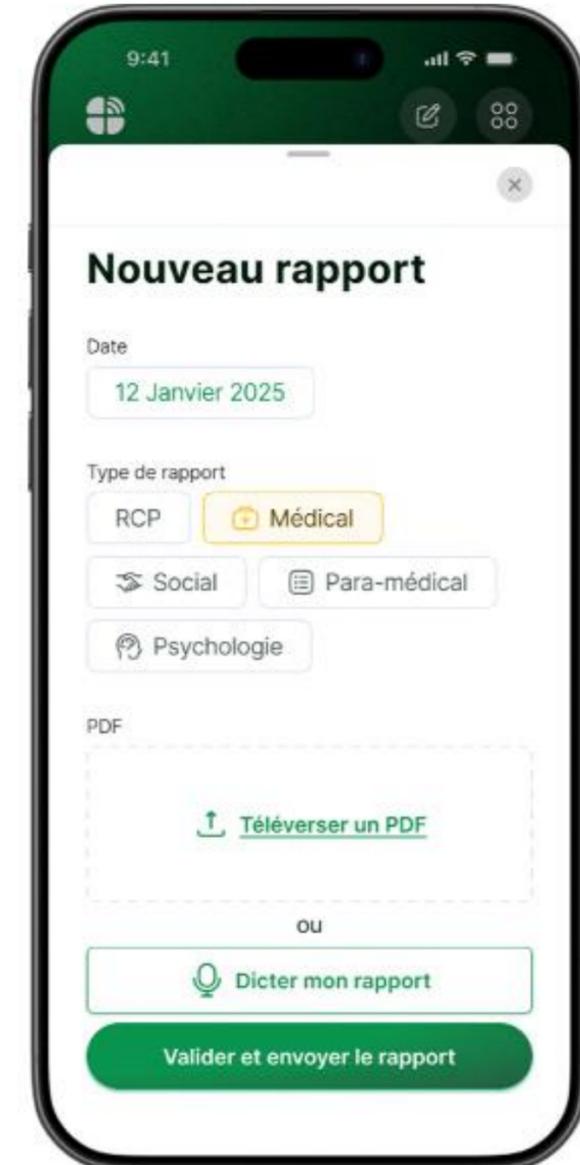
- Réunions pluriprofessionnelles structurées, régulières, en deux temps
- Fonction de coordination dédiée pour soutenir les équipes
- PPCS plus flexible et adapté aux réalités du terrain
- Outil numérique, sécurisé, ergonomique et interopérable



Perspective

- Élaboration d'un modèle révisé

Pour aller plus loin ...



Profil patient complet à portée de doigt



Merci pour votre
attention !