

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Emilien BECH

Né le 14/11/1988 à TOURS (37)

**Etat des lieux de la connaissance, de l'utilisation et de la perception de la PTA 37
par les médecins généralistes d'Indre et Loire**

Présentée et soutenue publiquement le **26/11/2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

- Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours
- Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Directrice de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale - La Croix-en-Touraine

RÉSUMÉ

Contexte : Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours mises en place par l'Etat se sont développées, notamment les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'Appui (PTA). Bien qu'elles constituent des modalités de soutien, les Médecins Généralistes (MG) ne les connaissent pas forcément et n'y ont pas toujours recours.

L'objectif principal a été de réaliser un état des lieux des connaissances, de l'utilisation et de la perception des MG de l'Indre-et-Loire vis-à-vis de la PTA 37 devenue Appuisanté 37.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme de 24 questions au maximum, entre le 6 juillet au 21 Aout 2020, auprès de MG exerçant au 1er janvier 2020 en Indre et Loire.

Résultats : Sur 90 MG interrogés, 60% connaissait son existence et 34% l'avait sollicitée. Les MG installés, en territoire rural, maître de stage universitaire ou membre d'une CPTS connaissaient davantage son existence. Les MG sollicitaient la PTA 37 essentiellement pour des patients âgés en perte d'autonomie et en isolement social et familial. 93% des MG ressentaient des difficultés lors de la gestion d'une "situation complexe", avec une fréquence souvent élevée dans leur pratique quotidienne. 90% des MG trouvaient la PTA 37 utile dans leur pratique professionnelle, notamment pour l'amélioration de la coordination, l'aide pour trouver le bon intervenant, l'évaluation globale de la situation et le gain de temps. 38% estimaient que toutes leurs attentes étaient satisfaites par la PTA 37 mais 29% souhaitaient qu'elle soit plus réactive et rapide dans ses actions.

Conclusion : La PTA 37 est utile aux médecins généralistes face à la complexité médico-sociale, elle apporte une aide pour trouver des solutions concrètes et faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients. Il existe un enjeu majeur à faire connaître davantage sa structure et ses objectifs.

Mots clés : plateforme territoriale d'appui, situation complexe, appui à la coordination, parcours de soins, médecins généralistes.

ABSTRACT

Context: To meet the challenges of coordinating careers and care, various support methods for primary care professionals have been developed by the State, in particular support mechanisms for coordinating complex careers structured around a Territorial Support Platform (PTA). Although they constitute support modalities, General Practitioners (GPs) are not necessarily familiar with them and do not always use them.

The main objective was to carry out an inventory of the knowledge, use and perception of GPs in Indre-et-Loire about the PTA 37 which has become Appuisanté 37.

Method: This is a quantitative study carried out using an anonymous online questionnaire of 24 questions at most, between July 6 to August 21, 2020, with GPs practicing on January 1, 2020 in Indre-et-Loire.

Results: Out of 90 MGs questioned, 60% knew of its existence and 34% had requested it. GPs living in rural areas, university internship supervisors or members of a CPTS were more familiar with its existence. GPs solicited PTA 37 primarily for elderly patients with loss of autonomy and social and family isolation. 93% of GPs were experiencing difficulties when managing a "complex situation" with a high frequency in their daily practice. 90% of GPs found PTA 37 useful in their professional practice, especially for improving coordination, helping to find the right provider, overall assessment of the situation and saving time. 38% felt that all their expectations were met by the PTA 37 but 29% wanted it to be more responsive and quick in its actions.

Conclusion: PTA 37 is useful for general practitioners in the case of medico-social complexity, it provides assistance in finding concrete solutions and facilitating the support and care of patients. There is a major stake in making its structure and objectives better known.

Keywords: territorial support platform, complex situation, coordination support, care pathway, general practitioners.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN
– J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN
– M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE –
AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.
MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER –
J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile || BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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

A Monsieur le Professeur CAMUS, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame la Professeure DIBAO-DINA, pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur FOUGERE, pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury afin de juger mon travail et de bénéficier de votre expertise. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Dr PERRAIN, pour l'honneur de m'avoir encadré tout au long de cette thèse et d'être membre de mon jury. Merci d'avoir accepté avec autant d'enthousiasme de diriger ce travail, de votre patience, de votre disponibilité, de votre réactivité et de vos précieux conseils pendant cette période. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A tous les médecins généralistes, ayant accepté de participer au questionnaire, sans qui ce travail n'aurait été possible.

A tous mes maîtres de stage que j'ai rencontré tout au long de mon internat et qui ont contribué à ma formation professionnelle,

Aux équipes de la PTA 37, pour leur temps consacré à la présentation de leur activité.

Au CA de la PTA 37, la cheffe de projet des exercices coordonnés de l'URPS ML, la directrice de la PTA et les présidents des CPTS de l'Indre-et-Loire, pour leurs temps passer à la lecture et à la diffusion de mon questionnaire.

A tous mes anciens co-internes et camarades de promotion, ils se reconnaîtront.

A tous mes collègues du CMS de Montrichard, pour votre accueil, votre gentillesse et votre soutien pendant l'année passée à vos côtés.

A Samuel BORDEAUX, pour tes conseils et ton aide pendant cette année de remplacement à Montrichard.

Aux médecins de Saint-Georges sur Cher, Bourré et Pontlevoy pour votre accueil.

Aux élus et à messieurs les maires de Montrichard et de Bourré Monsieur HENAULT et Monsieur LANGLAIS, pour l'aide apportée à ma future installation et pour la confiance que vous me portez.

Au directeur général des services de Montrichard Monsieur Gérard, pour l'accompagnement pendant cette année de remplacement.

A mes amis :

A Céline et Clément : Merci pour ce beau cadeau qu'est votre amitié, votre gentillesse, votre aide et votre écoute qui m'ont été très précieuses. Merci d'avoir lu et relu ce manuscrit pour qu'il soit à la hauteur de mes attentes. Je sais que vous êtes et seraient des médecins d'exception !

A Christophe, Flo, Lou, Alizée, Thomas, Elodie, PJ, Alexis pour votre sincère amitié et votre bonne humeur, pour les soirées de beuverie, les moments à rire ensemble, les soirées FiF, pour m'avoir supporté pendant ces nombreuses années comme Caius (ou Caillus, ça c'est vous qui décidez :D).

A ma famille

A mes parents, merci de m'avoir soutenu durant toutes ces années de labeur, je sais que vous êtes fiers de moi. Vous avez donné le meilleur de vous-mêmes pour m'élever, vous vous êtes toujours battus pour moi avec tant de preuves d'amour qui restent gravées dans mon cœur. Je vous aime.

A ma sœur Fabi, qui brille par son énergie! Merci pour ton soutien, ta joie et ta bonne humeur. **A Raph, Clément, Chloé et Thaïs** pour le bonheur que vous lui apportez et pour faire partie de ma vie.

A Baptiste, mon « frangin », pour être toujours là dans les moments qui comptent pour moi, pour nos discussions à refaire le monde, pour ta précieuse aide de grand frère, d'ailleurs il faudra que je pense à te redonner ta carte « coup de main » :p

A ma belle-sœur Marion pour ta bienveillance, ton amour et ton soutien depuis les bancs du lycée jusqu'à aujourd'hui, merci d'être là.

A mon frère Fafou pour toutes les merveilleuses années passées à tes côtés, nos chamailleries et nos passions partagées lors de longue journée de bataille et de stratégie, ta place est énorme dans mon cœur.

A ma tante Blandine et mon tonton Jean pour votre affection et tous ces merveilleux souvenirs. Vous savez à quel point vous comptez pour moi.

A ma tante Agnès et Olivier, mes cousins Maxou, Paul, Alexis et Vincent et ma cousine Anne-so, pour tous nos souvenirs en famille, merci de faire partie de ma vie.

A mon grand-père papi Doudou : pour tous ces moments de tendresse et de souvenirs passés à découvrir ou explorer la Corrèze, merci d'avoir cru en moi.

A mamie Doudou, mamie Françoise et papi Bernard : j'espère que de là-haut vous êtes fière de moi.

A mes beaux-parents, vous m'avez accueilli et soutenu. Je vous en remercie. Vous avez une grande place dans mon cœur.

A tous les autres, qu'ils m'aient soutenu, subi ou juste accompagné pendant mes études de médecine.

Et enfin à Sophie :

Merci pour toutes ces années où tu m'as soutenu. Pour ton amour, ta bonne humeur, ta joie, ta tendresse et ton innocence. Pour ta facilité à trouver dans mes petites attentions de grandes preuves d'amour. Pour ton écoute et bien sûr ta patience!... Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée dans la vie. Je dérocherais la lune pour toi. Tu restes sans contestes mon rayon de soleil, mon arc-en-ciel, tu m'es si précieuse. Je t'aime tellement!

ABRÉVIATIONS

AAFP :	Association de l'Aide Familiale Populaire
ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
APAJH :	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF :	Association des Paralysés de France
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASSAD-HAD :	Association de Soins et de Services A Domicile - Hospitalisation A Domicile
CCAS :	Centre Communal d'Action sociale
CHRU :	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRF :	Centre de Réadaptation Fonctionnelle
CTA :	Coordination Territoriale d'Appui
DAC :	Dispositif d'Appui à la Coordination
ESP :	Equipes de Soins Primaires
ESP CLAP :	Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient
FHP :	Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés de France
GHT :	Groupements Hospitaliers de Territoire
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
LMSS :	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MDPH :	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MDS :	Maison Départementale de la Solidarité
MG :	Médecin Généraliste
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PAERPA :	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PRADO :	Programme de Retour A Domicile
PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
RAPT :	Réponse Accompagnée Pour Tous
SMS :	Système de Message Succinct
SNS :	Stratégie Nationale de Santé
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
URASS :	Union Régionale des Associations du Secteur Social et Médico-Sociales
URML :	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS CVL :	Union Régionale des Professionnels de Santé Centre Val-de-Loire

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
ABSTRACT	2
REMERCIEMENTS	8
ABRÉVIATIONS	10
TABLE DES MATIÈRES	11
INTRODUCTION.....	13
I. LE PARCOURS DE SANTE.....	13
II. LA COORDINATION DES SOINS	14
III. LES SITUATIONS COMPLEXES.....	14
IV. L'ÉVOLUTION DU PARCOURS DE SANTE, UN ENJEU POLITIQUE (CF ANNEXE 2).....	15
V. LES DAC : DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION	16
VI. LE TERRITOIRE DE L'INDRE ET LOIRE	17
A. <i>Territoire géographique et perspective démographique.</i>	17
B. <i>La PTA 37</i>	18
VII. QUESTION DE RECHERCHE.....	25
MATÉRIEL ET MÉTHODE :	26
I. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE :	26
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	26
III. POPULATION CIBLE ET TERRITOIRE CONCERNE :	26
IV. RECUEIL DES DONNÉES	26
V. QUESTIONNAIRE	26
VI. ARBRE D'ORIENTATION DU QUESTIONNAIRE SIMPLIFIÉ (CF ANNEXE 5)	27
VII. ANALYSES DES DONNÉES	27
VIII. CADRE LEGAL.....	28
RÉSULTATS :	29
I. CARACTÉRISTIQUES ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	29
A. <i>Étude chronologique des réponses au questionnaire</i>	29
B. <i>Caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire</i>	30
II. "SITUATIONS COMPLEXES" : DIFFICULTÉS, FRÉQUENCE ET ORGANISMES SOLLICITÉS PAR LES MG.....	32
A. <i>Difficultés à la gestion d'une "situation complexe"</i>	32
B. <i>Fréquence des "situations complexes"</i>	32
C. <i>Organismes sollicités en cas de "situations complexes"</i>	33
a) Sollicitation du S.S.I.A.D	34
b) Sollicitation des auxiliaires de vie ou aide-ménagères	35
c) Sollicitation de l'H.A.D.....	36
d) Sollicitation de l'Hôpital	37
e) Sollicitation des professionnels paramédicaux.....	38
f) Autres données	38

III. CONNAISSANCE DE LA PTA 37	39
A. Selon le type d'exercice des MG	39
B. Selon le territoire d'exercice des MG	40
C. Selon l'âge des MG	40
D. Selon l'adhésion des MG à une CPTS	41
E. Selon le sexe	41
F. Selon l'enseignement universitaire (MSU)	42
G. Missions de la PTA 37	42
IV. USAGE DE LA PTA 37	43
A. Sollicitations des médecins utilisateurs	43
a) Selon le type d'exercice et la connaissance de la PTA 37	43
b) Selon le territoire d'exercice	44
c) Selon l'âge des médecins	44
d) Selon l'adhésion des MG à une CPTS	45
e) Selon le sexe	45
f) Selon l'enseignement universitaire (MSU)	46
B. Utilité de la PTA 37	46
C. Types de sollicitations	48
D. Fréquence des sollicitations	49
E. Moyens de sollicitations	50
V. SENTIMENTS, CRITIQUES ET ATTENTES VIS-A-VIS DE LA PTA 37	51
A. Raisons de l'utilité de la PTA 37	51
B. Raisons de l'inutilité de la PTA 37	52
C. Raisons de ne pas solliciter la PTA 37	53
D. Attentes des MG	54
E. Critique sur les retours d'informations de la PTA 37	55
a) Qualité du retour d'informations	55
b) Moyens préférés des MG pour les retours d'informations	56
c) Fréquence souhaitée par les MG pour les retours d'informations	56
F. Temps de travail des MG pour chaque situation avec la PTA 37	57
G. Accord du MT pour débiter un appui à la coordination	58
SYNTHESE	59
DISCUSSION :	60
CONCLUSION :	65
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE EN LIGNE AUX MG RECRUTES	66
ANNEXE 2 : REPERES CHRONOLOGIQUES ^[11]	72
ANNEXE 3 : MEMBRES ASSOCIES DE LA PTA 37 (SOURCE : PTA 37 – 2020)	75
ANNEXE 4 : MAIL DESTINE AUX MG RECRUTES :	76
ANNEXE 5 : ARBRE D'ORIENTATION DU QUESTIONNAIRE	77
BIBLIOGRAPHIE	78

INTRODUCTION

I. Le parcours de santé

La notion de «parcours» est de plus en plus fréquemment utilisée par les acteurs du système de santé. Elle répond à la nécessité de modifier notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques et à l'évolution des besoins de la population [1]. Les patients atteints de maladies chroniques présentent souvent d'autres pathologies, parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Ces situations nécessitent plusieurs intervenants des secteurs de la santé [2 ; 3].

Ainsi, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels [5]. Le médecin généraliste et les professionnels de santé de proximité (infirmier, masseur kinésithérapeute, pharmacien...) peuvent ainsi s'organiser en Equipes de Soins Primaires (ESP). Elles apportent des améliorations aux besoins d'une population déjà connue des acteurs de l'ESP ou faisant potentiellement partie de leur patientèle. Elles sont composées d'au moins un médecin généraliste. Elles sont le plus souvent non formalisées d'un point de vue juridique et financées par l'Agence Régionale de Santé dans certaines régions. Elles ont la possibilité de prendre la forme de structures d'exercice telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou les Centres De Santé (CDS) et sont alors financées par la CPAM [20 ; 21].

De façon habituelle, on identifie trois catégories de parcours (cf tableau 1) [1] :

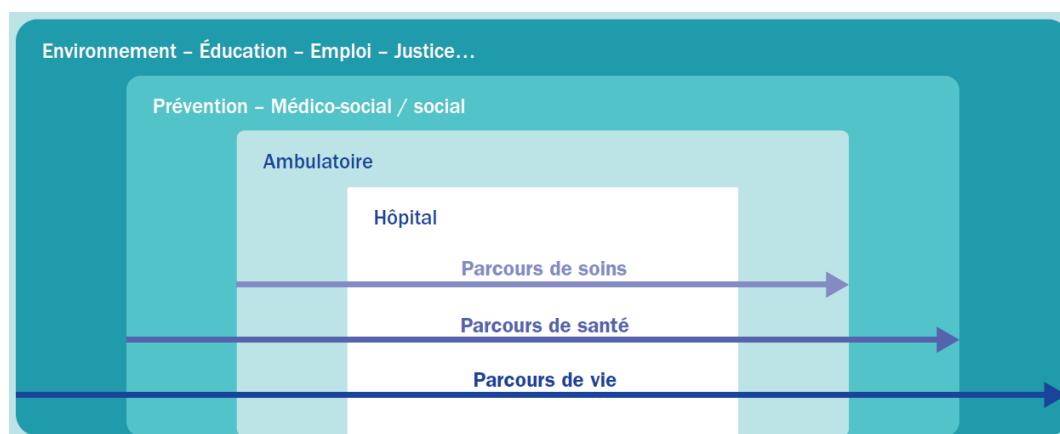
- Les parcours de soins : ils sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée...) ;
- Les parcours de santé : ils sont la réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d'une part les actions de prévention et d'autre part l'accompagnement médico-social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit, services à domicile...) ;
- Les parcours de vie : ils sont la réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Ils intègrent donc les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, l'entourage familial.

Cette typologie permet à chacun des acteurs d'agir dans une vision globale du parcours des patients et usagers qu'il prend en charge, et de ne pas ignorer les autres acteurs dans ses propres travaux.

Le médecin généraliste et les ESP pourraient avoir besoin d'un soutien et d'un appui pour évaluer la situation, mobiliser et coordonner les ressources nécessaires. La construction d'un parcours de santé implique

pour cela un lien renforcé entre les professionnels de ville, médecins libéraux en particulier et l'hôpital dans le but d'assurer la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient favorisant ainsi son maintien à domicile [2][4].

Tableau 1 : Les catégories de parcours



II. La coordination des soins

La coordination des soins désigne l'ensemble des processus et des moyens par lesquels différents professionnels s'accordent sur les activités qu'ils jugent utiles de mener au bénéfice de la personne et interagissent durant la réalisation de ces activités. Cette coordination a pour caractéristique d'être polyvalente en termes de population-cible [6]. La loi place pour cela le MG de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » selon l'article L.4130-1 du code de la santé publique. Elle lui confère donc un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et de coordination de son parcours [7].

Cependant, la multiplicité des dispositifs de coordination en fonctions des publics pris en charge, des zones d'intervention, thématiques et géographiques, des outils et l'absence de clarté dans les missions de chacun peut mettre en difficultés les professionnels et les usagers [27].

III. Les situations complexes

La coordination des soins peut être schématiquement rassemblée en deux catégories par la coordination des situations usuelles et complexes. La coordination usuelle correspond à une réalité à laquelle les professionnels ont recours depuis toujours et qui recouvre la majorité des situations entre professionnels, elle mobilise deux ou quelques professionnels, selon des modalités usuelles diverses : conversation en face à face, échange téléphonique, courriers, échange informel type SMS ou mail mais dans un certain nombre de cas, la coordination usuelle trouve ses limites [6].

Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux [8]. Le ressenti de la complexité varie d'un professionnel à un autre selon l'expérience de cas similaires, la vitalité du réseau professionnel, le mode d'exercice regroupé ou isolé, la charge de travail, etc [6].

IV. L'évolution du parcours de santé, un enjeu politique (cf annexe 2)

Un des enjeux de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 est de recentrer le système de santé sur les soins de proximité, à partir du médecin généraliste. L'article 74 crée la notion de plateforme d'appui chargée d'organiser l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes pour lesquels l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, est nécessaire en raison de leur état de santé ou de leur situation sociale [9]. Cette loi a donc pour objectif de rendre plus lisibles et accessibles les ressources sanitaires, médico-sociales via une porte d'entrée unique et une meilleure connaissance des acteurs et des outils/méthodes/processus communs ou partagés [26]

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, sont des associations de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur un territoire donné. Ces équipes s'inscrivent dans une approche populationnelle sur la base d'un projet de santé pour améliorer l'organisation des parcours de santé et l'exercice des professionnels de santé [21]. Les regroupements de professionnels de santé, qui avant la publication de la LMSS, répondaient à la définition des pôles de santé deviennent automatiquement, et sauf opposition de leur part, des CPTS [20].

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) adoptée par le gouvernement fin décembre 2017 a promu une logique de complémentarité devant se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture [10]. Elle appelle, entre autres, à une meilleure gestion des transitions ville-hôpital et à une convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale («MAIA», «PTA», «PAERPA», réseaux).

Le plan «Ma santé 2022», déclinaison de la SNS, qui prévoit une transformation du système de soins, a pour objectif principal le décloisonnement (décloisonnement du financement, de l'organisation des soins, des exercices professionnels et des formations). Il a été concrétisé par plusieurs mesures législatives dont certaines sont plus particulièrement dédiées à la coordination. Ainsi, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, fusionne les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (art. 23) et refonde le dispositif encadrant les protocoles de coopérations interprofessionnelles institués par la loi HPST du 21 juillet 2019 (art. 66) [11].

V. Les DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours se sont développées. Parmi celles-ci, figurent les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) [12]. Les articles L.6327-1 et L.6327-2 du code de la santé publique définissent respectivement les fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes et les Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination. Créés par la loi santé n°2019-774 du 24 juillet 2019, les DAC ont vocation, d'ici 2022, à regrouper les différents dispositifs de coordination déjà existants : réseaux de santé, MAIA, PTA, CTA, PAERPA ou encore CLIC et ainsi mettre en place un guichet unique dédié à la coordination des parcours complexes, quels que soient l'âge et la pathologie de la personne [22][23].

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont été créées pour apporter un soutien aux professionnels de ville dans l'organisation des parcours de santé complexes. Les plateformes ne constituent pas un acteur supplémentaire dans les territoires : elles viennent mettre en cohérence les dispositifs existants, dans une logique de missions partagées, pour proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elles doivent ainsi s'articuler avec l'ensemble des dispositifs de coordination existants sur le territoire concerné (MAIA, réseaux de santé, CLIC, PRADO, CTA de PAERPA, etc.) pour couvrir l'ensemble des situations complexes, sans distinction d'âge, de pathologie ou de population. L'objectif n'est pas d'aboutir à un modèle unique de plateforme : elles ont des modèles organisationnels variés, en fonction des besoins diagnostiqués et des acteurs en place dans les territoires [6][13][14]. Les Agences Régionales de Santé viennent donc soutenir et financer la création, à l'initiative des professionnels de santé du territoire, de plateformes d'appui à la coordination des parcours de soins complexes.

Le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes précise ainsi les missions et l'organisation des PTA [15] :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements.
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un professionnel en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. Si un autre professionnel

que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plateforme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plateforme, afin de valider le déclenchement [8][13].

VI. Le territoire de l'Indre et Loire

A. Territoire géographique et perspective démographique.

Le territoire de l'Indre et Loire comprend dix-neuf cantons depuis 2014 sur une superficie d'approximativement 6100 km². Les zones urbaines les plus importantes sont les villes de Tours et de Joué-lès-Tours. Au recensement du 1^{er} janvier 2017 selon l'INSEE [16], la population d'Indre-et-Loire compte 606 511 habitants, avec une densité de 99 habitants au km². En 2015, le taux de progression de la population de 2,63% en cinq années était le plus important de la région, avec un taux de croissance annuel moyen de + 0,52%, supérieur au taux régional (+ 0,30%) et proche du niveau national. Ce dynamisme démographique du département est en partie dû à une forte attractivité du département mais également à un solde naturel constamment positif. Avec près de 353836 habitants en 2016, le pôle urbain de Tours qui compte 36 communes, concentre plus de la moitié de la population du département. Il est le plus important de la région Centre-Val de Loire et il constitue un pôle majeur du développement régional [17].

Selon les dernières projections de population de l'Insee, si les tendances démographiques se poursuivaient, la population de l'Indre-et-Loire continuerait sa progression à un rythme soutenu avec un taux de 13,5 % pour atteindre environ 688 000 habitants en 2040. Le département connaîtrait ainsi le plus fort taux de croissance de la région (+0,5 % en moyenne annuelle) grâce à l'effet combiné de ses excédents naturels et migratoires. Il serait supérieur aux taux régional (8,7 %) et national (10,0 %).

En 2015, on dénombre environ 62000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 10,3% de la population de ce territoire. En 2040, le vieillissement de la population s'accroîtrait. En effet, l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom, combinée à l'allongement de l'espérance de vie et à la structure par âge des flux migratoires, entraînerait une forte augmentation (74 %) du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en Indre-et-Loire entre 2015 et 2040, représentant le 2^{ème} taux le plus élevé de la région après l'Eure-et-Loir. En nombre absolu, c'est l'Indre-et-Loire qui comptera le plus de seniors âgés de 75 ans et plus (109000) soit 15,9% de la population. On notera aussi une forte évolution des 60 ans et plus qui représenteront 31,9% de la population contre 26,4% aujourd'hui. D'après les projections de l'INSEE, on peut estimer que l'augmentation du nombre de personnes âgées en Indre-et-Loire dans les vingt prochaines années aura un impact sur le nombre de pathologies chroniques et de cas complexes que les médecins généralistes auront à traiter dans le futur.

L'effectif des médecins généralistes en activité régulière en France est amené à décroître sur les 5 à 10 prochaines années d'après le CNOM et ainsi passer de 86 000 médecins généralistes en 2020 à 81400 en 2025. Sur l'année 2017-2018 et à l'intérieur d'une même région certains départements affichent une baisse de leurs effectifs et d'autres une augmentation, à l'instar des départements d'Indre-et-Loire et Loir-et-Cher [25], permettant un meilleur accès aux soins, notamment de 1^{er} recours. En Indre et Loire, on dénombre ainsi 534 médecins généralistes installés en février 2020 dans le département [19]. Le nombre de médecins généralistes au 02/12/2016 est ainsi de 96 pour 100 000 habitants contre 76 pour 100 000 dans la région Centre-Val de Loire. Malgré cela, en Indre et Loire, 1 049 personnes âgées de plus de 75ans n'ont pas de médecin traitant, ce qui représente 1,7% de cette classe d'âge. Au total, ce sont 33127 personnes soit 9,06% qui sont sans médecin traitant [17].

B. La PTA 37

En Indre-et-Loire, le DAC correspond à la Plateforme territoriale d'appui de l'Indre-et-Loire ou PTA 37. C'est une association loi 1901 créée le 10 juillet 2018 concrétisant la fusion des 4 dispositifs de coordinations déjà existants sur le territoire le 1er avril 2019 : MAIA Touraine Est (ADMR) et Touraine Ouest (ASSAD-HAD), CTA/PAERPA (ADMR) et réseau Oncologie 37.

La construction du projet PTA 37 résulte d'un travail partenarial initié par l'ARS en avril 2017. Cette dynamique s'est poursuivie en Indre-et-Loire par l'organisation de groupes de travail territoriaux. Parallèlement, des rencontres bilatérales ont eu lieu entre l'ARS et les structures identifiées pour porter la PTA 37. Son déploiement s'est inscrit dans une dynamique de concertation et de coordination sur le département, notamment à travers l'existence d'une mobilisation forte des professionnels de santé et de la Fédération URPS Centre-Val de Loire soutenant notamment les professionnels dans la mise en place des CPTS, de partenaires sociaux et médico-sociaux engagés dans le champ de l'Autonomie pour répondre aux besoins des personnes en situation de perte de dépendance (Schéma Autonomie du Conseil départemental, RAPT, MDPH, SSIAD, ...) [27]. Le financement de l'association est assuré grâce à la fongibilité des enveloppes FIR (Fond d'Intervention Régional) des dispositifs fusionnés et par l'ARS Centre-Val de Loire via un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen.

La PTA 37 intervient uniquement sur sollicitation des professionnels, à un niveau départemental. Elle n'a pas pour objectif de répondre en direct aux usagers. Elle centralise et traite l'ensemble des situations jugées complexes par les professionnels. Toutefois, ses missions d'appui à la coordination se limitent aux personnes résidant en Indre-et-Loire. Pour des situations hors territoire, la PTA 37 réorientera la demande vers les PTA des départements d'origine [27].

Elle a pour objet d'apporter aux professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux l'appui nécessaire afin qu'ils puissent, dans le respect de l'état de santé et de la volonté de la personne qu'ils soignent ou accompagnent, lui permettre de rester à son domicile le plus longtemps possible, quel que soit son âge, sa pathologie, son handicap. Pour ce faire, l'association met en œuvre les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes qui s'organisent ainsi autour de trois missions :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire
- L'appui à l'organisation de la coordination des parcours complexes (évaluation, concertation pluriprofessionnelle, planification, coordination des interventions)
- L'appui aux pratiques professionnelles.

L'association est composée :

- De membres fondateurs
 - La fédération départementale des ADMR d'Indre-et-Loire
 - L'ASSAD-HAD
 - Le réseau ONCOLOGIE 37
 - Les CPTS d'Indre-et-Loire telles que définies par l'article L. 1434-12 du Code de la Santé Publique.
 - L'Union Régionale des Associations du Système de Santé telle que prévue à l'article L. 1114-1 du Code de la Santé Publique.
- De membres de droit
 - La fédération des URPS Centre-Val de Loire
 - Le CHRU de TOURS, établissement de support du groupement hospitalier de territoire d'Indre-et-Loire, tel que prévu par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 modifiée (article L. 6132-3 du code de la santé publique)
 - Un établissement de santé privé désigné par la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- De membres associés
 - Les établissements de santé non représentés par les membres de droit
 - Les établissements sociaux ou médico-sociaux visés aux articles L. 6111-1 du Code de la Santé Publique et L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles
 - Les services de santé au travail tel que visés aux articles L. 4622-1 et suivants du Code du Travail
 - Les réseaux de santé à vocation régionale tels que visés à l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique
- De membres honoraires

L'association est administrée par un conseil d'administration des sept membres au minimum ayant voix délibérative, répartis dans trois collèges et élu par l'assemblée générale. Cette dernière est constituée de tous les membres de l'association. Elle est convoquée au minimum une fois par an. Au 1^{er} Janvier 2020 le conseil d'administration est composé :

- du collège des membres fondateurs (au plus 10) :
 - Jean-Pierre PEIGNÉ, CPTS Sud Lochois
 - Chantal GENRE, Réseau Oncologie 37
 - Pascal OREAL, ASSAD-HAD
 - Emmanuel BAGOURD, CPTS Asclépios
 - Laure BLANC, Fédération ADMR
 - Vincent MAGDALENA, CPTS de la Rabelaisie
 - Dominique BEAUCHAMP, URASS (représentant usager)
- du collège des membres de droit (au plus 3) :
 - Elisabeth LEMAURE, Fédération URPS CVL
 - Chantal LOVATI, CHRU Tours, porteur du GHT
 - Vincent QUIOC, représentant FHP
- du collège des membres associés (élu par les membres associés (cf annexe 3)) (au plus 5) :
 - PORHEL Sylvie, APF France Handicap
 - GLORIEUX Marie, La Maison des Adolescents
 - MASSET Guillaume, APAJH 37
 - LOURDEL Karine, CRF Le Clos Saint-Victor
 - GAUDRY Sandrine, AAFP 37

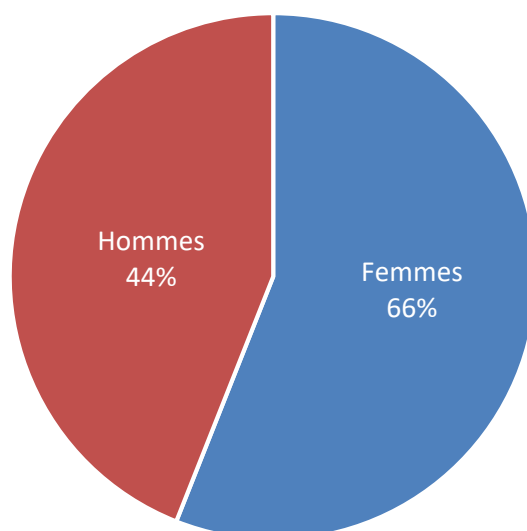
Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, un bureau composés d'au moins : un Président, un Vice-président, un Secrétaire, un Secrétaire adjoint, un Trésorier, un Trésorier adjoint. Ces membres sont élus pour 3 ans, les membres sortants sont rééligibles. Au 1^{er} Janvier 2020, le bureau est composé de :

- Président : Jean-Pierre PEIGNÉ, CPTS Sud Lochois
- Vice-Présidente : Chantal GENRE, Réseau Oncologie 37
- Secrétaire : Pascal OREAL, ASSAD-HAD
- Secrétaire adjoint : Emmanuel BAGOURD, CPTS Asclépios
- Trésorière : Laure BLANC, Fédération ADMR
- Trésorier adjoint : Vincent MAGDALENA, CPTS de la Rabelaisie
- Membre : Dominique BEAUCHAMP, URASS (représentant usager)

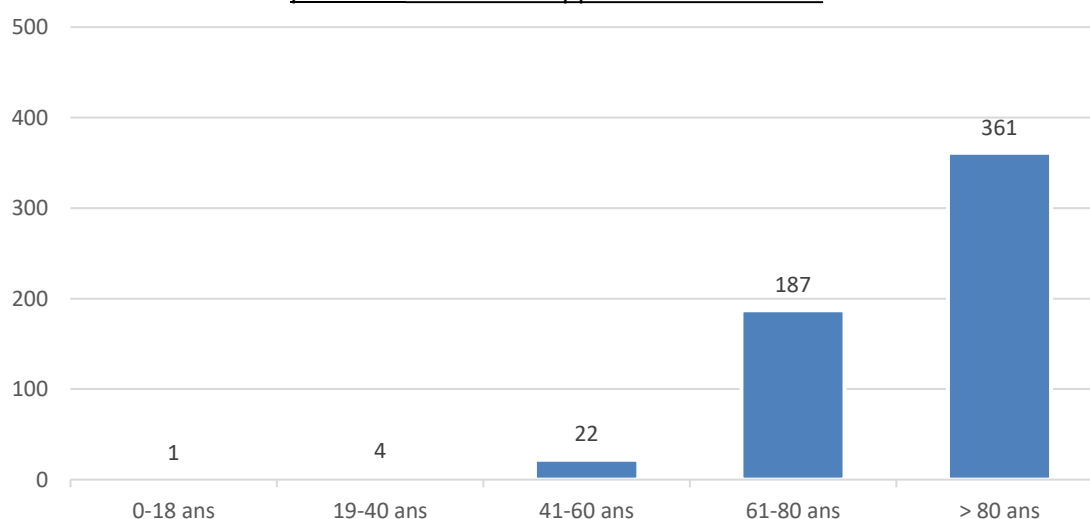
L'équipe ressource de la PTA 37 s'appuie sur la composition des équipes des 2 MAIA, de la CTA et du réseau Oncologie 37. La PTA 37 est ainsi constituée au 1^{er} janvier 2020 de 2 assistantes de coordination, 5 coordinatrices d'appui, 8 gestionnaires de cas et 3 responsables administratifs par métier. Elle est ouverte du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, joignable par un numéro unique (02.47.88.05.50) et dispose d'une messagerie unique (contact@pta37.org). Elle a ainsi étendu son domaine d'action à la polyvalence depuis le 1^{er} novembre 2019 devant toute situation ressentie complexe [18][26].

D'après le rapport d'activité 2019 de la PTA 37, le profil des personnes orientées pour une demande d'appui à la coordination (ONCO, PAERPA, GC MAIA, PTA) au 31/12/2019 retrouve un âge moyen de 81 ans, la plus jeune : 15 mois, le plus âgé : 103 ans.

Graphique n°1 : Répartition par sexe des personnes orientées pour une demande d'appui à la coordination

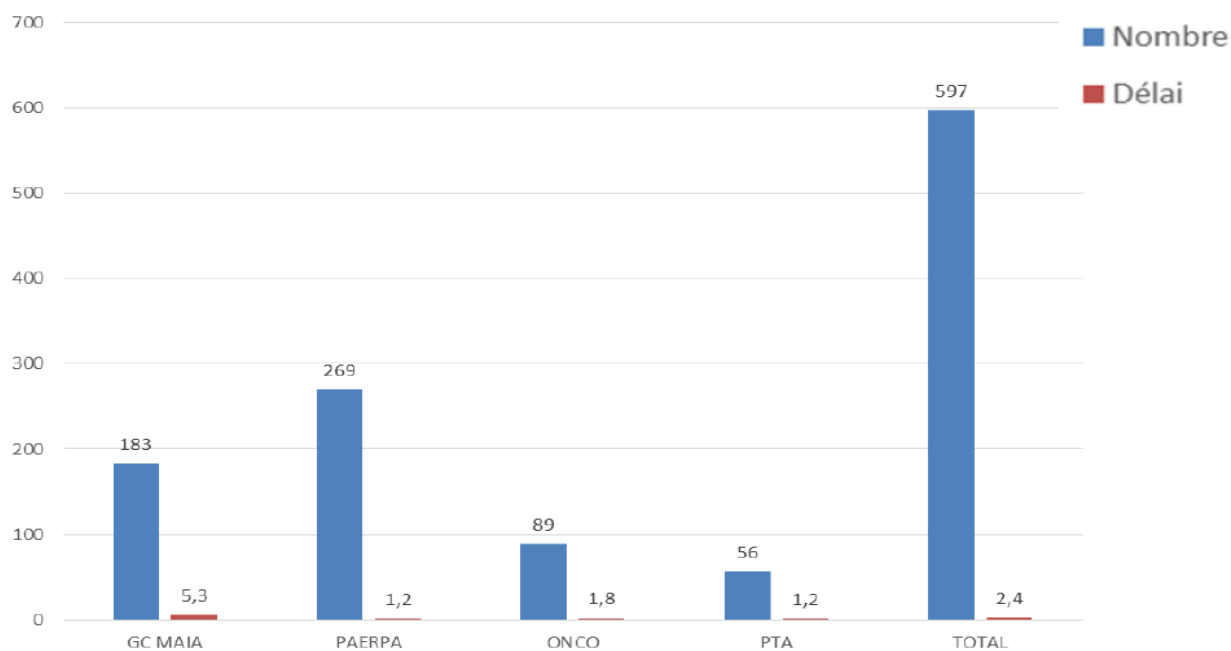


Graphique n°2 : Répartition par tranche d'âge des personnes orientées pour une demande d'appui à la coordination



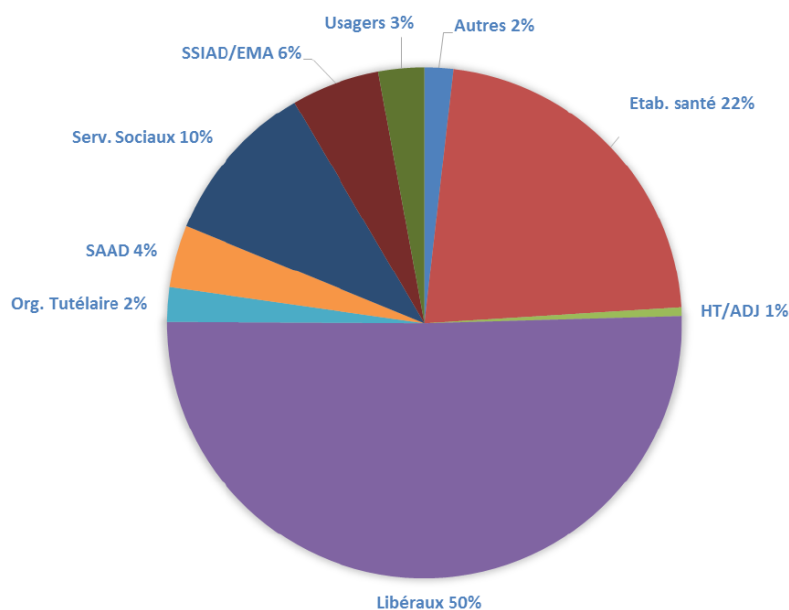
Entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2019 il y a eu 56 demandes d'appui PTA avec 54 en coordination et 2 en gestion de cas avec un délai de traitement de 1,2 jours qui correspond au délai moyen entre la réception de la demande et l'attribution à une référente (en jours ouvrables).

Graphique n°3 : Délai des nouvelles demandes d'appui à la coordination (au 31/12/2019)



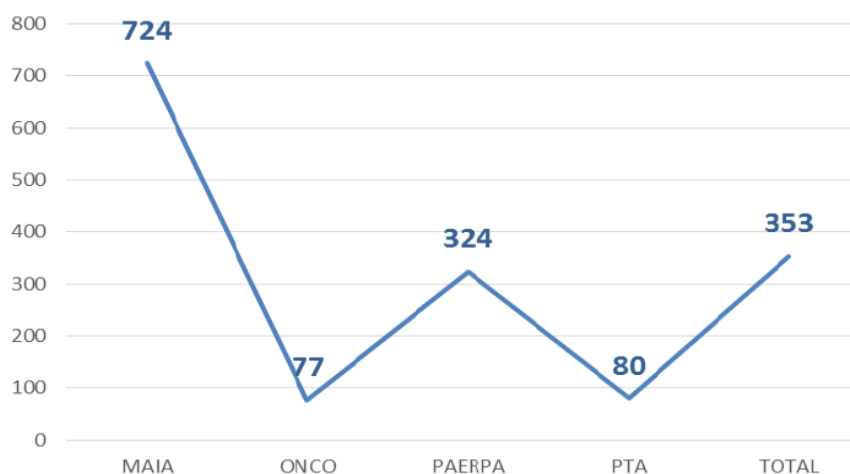
Parmi les professionnels sollicitant un appui à la coordination (au 31/12/2019), une majorité (50%) de demandes provenaient de professionnels de santé libéraux (dont 78% de MT) et d'Etablissements de santé (22%), une petite partie (10%) des professionnels d'accompagnement à domicile (SAAD/SSIAD/EMA).

Graphique n°4 : Professionnels sollicitant un appui à la coordination (au 31/12/2019)



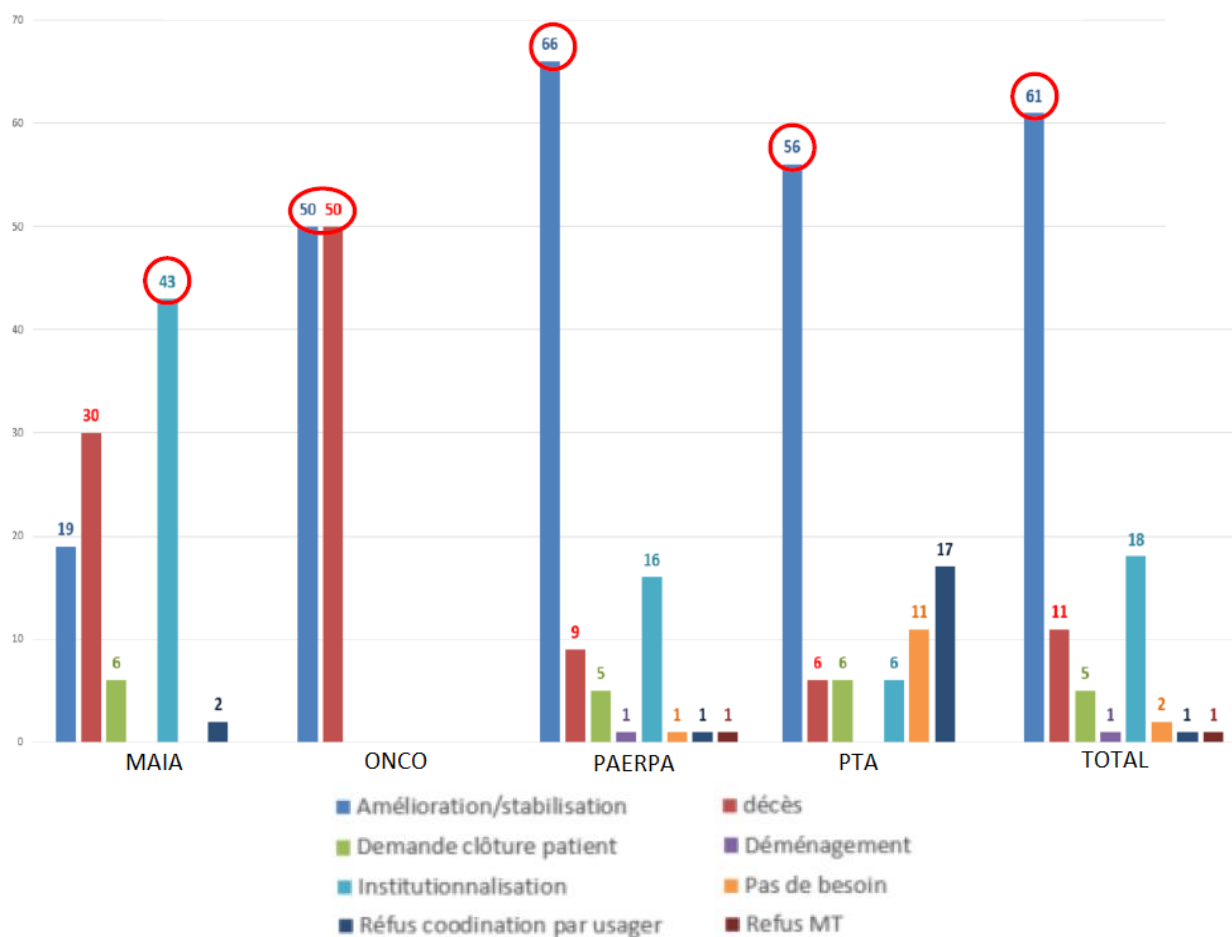
La durée moyenne en jours des appuis de la PTA 37, de la date de réception de la demande à la date de la clôture, était de 80 jours pour les dossiers clôturés en 2019. Des durées qui diffèrent selon le profil des personnes accompagnées avec des durées moyennes importantes pour le PAERPA.

Graphique n°5 : Durée des appuis à la coordination (dossiers clôturés en 2019)



Les principaux motifs de clôture des dossiers pour l'ensemble des structures étaient l'amélioration-stabilisation (61%) puis l'institutionnalisation (18%) avec des motifs variables en fonction des profils.

Graphique n°6 : Motifs de clôture des dossiers clôturés en 2019



Le délai moyen en jour entre l’attribution et le contact ou la prévenance du MT sur l’année 2019 était de 6 jours pour la PTA, avec une moyenne totale de 37 jours pour tous les organismes :

- moyenne MAIA : 73 jours
- moyenne ONCO : 16 jours
- moyenne PAERPA : 3 jours
- moyenne PTA : 6 jours

Dans le cadre de l’appui à la coordination et activités par service, la pratique des visites à domicile, visites en cabinet, rendez-vous téléphonique ou réunions de synthèses différaient.

Graphique n°7 : Appui à la coordination et activités par service (au 31/12/2019)

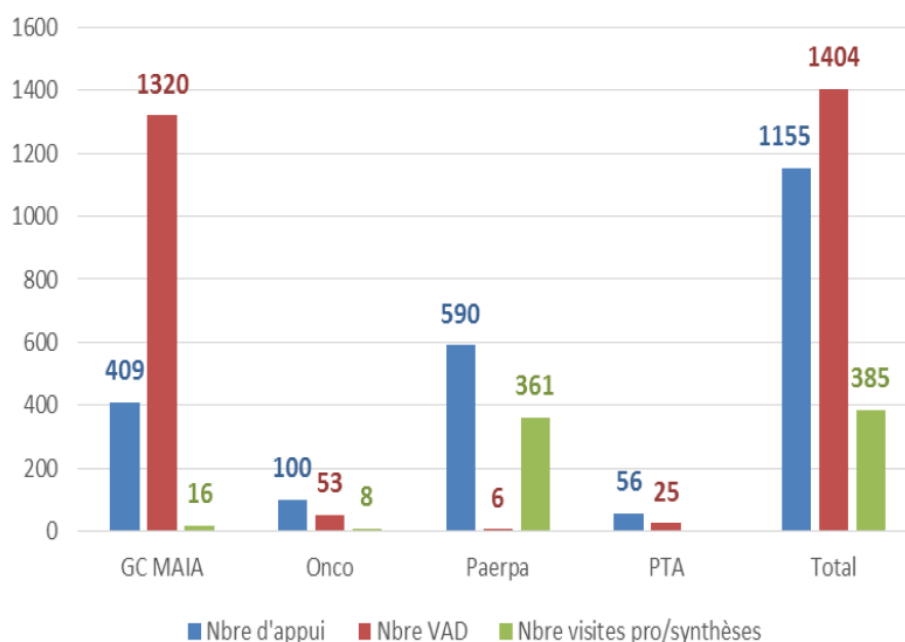


Tableau n°2 : Déploiement auprès des professionnels de santé (au 31/12/2019)

PSL	Effectif Indre-et-Loire	Nbre prof. rencontrés	%age
Médecins généralistes	582	351	60%
Infirmiers	677	150	22%
Pharmaciens	281	58	20%
Masseurs-kinés	572	40	7%

VII. Question de recherche

Bien que les DAC constituent des modalités de soutien mises en place par l'Etat afin de faciliter la gestion des patients en situation complexe, les MG ne les connaissent pas toujours et n'y ont pas toujours recours malgré leurs besoins. Pour certains MG, les DAC peuvent ne pas leur apporter le soutien qu'ils espéraient [24]. Le DAC d'Indre et Loire est récent. L'objectif du présent travail est de réaliser un état des lieux des connaissances, de l'utilisation et de la perception des MG de l'Indre-et-Loire vis-à-vis de la PTA 37.

MATERIEL ET MÉTHODE :

I. Description de l'étude :

Cette étude quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme de 24 questions au maximum, auprès de médecins généralistes d'un territoire prédéfini par la zone d'intervention de la PTA 37 devenue Appuisanté 37, avec inclusion des réponses du 6 juillet 2020 au 21 Aout 2020.

II. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la connaissance et de la perception des MG de l'Indre-et-Loire vis-à-vis de la PTA 37.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer l'intérêt et les avantages que les MG peuvent avoir avec la PTA 37.
- Identifier les objectifs motivationnels des médecins généralistes à l'usage de la PTA 37.
- Identifier les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la PTA 37

III. Population cible et territoire concerné :

Le territoire étudié était le département de l'Indre-et-Loire au sein duquel a été déployé la PTA 37. Le questionnaire a été soumis aux médecins généralistes installés ou remplaçants exerçant une activité de médecine générale au 1^{er} janvier 2020 dans la zone d'intervention de la PTA 37.

IV. Recueil des données

Les 527 MG installés et les remplaçants du territoire de l'Indre-et-Loire ont été contactés par mail via les 6 CPTS d'Indre et Loire, le syndicat MG France d'Indre et Loire (MG37) et la PTA 37 (cf annexe 4). Une annonce a été créée sur le groupe privé du réseau social FACEBOOK « Remplacement en médecine générale Indre-et-Loire » destinée à recruter davantage de médecins remplaçants. Les médecins ont été relancés une fois par mail et via la relance d'une nouvelle annonce FACEBOOK 20 jours après le premier envoi.

V. Questionnaire (cf annexe 1)

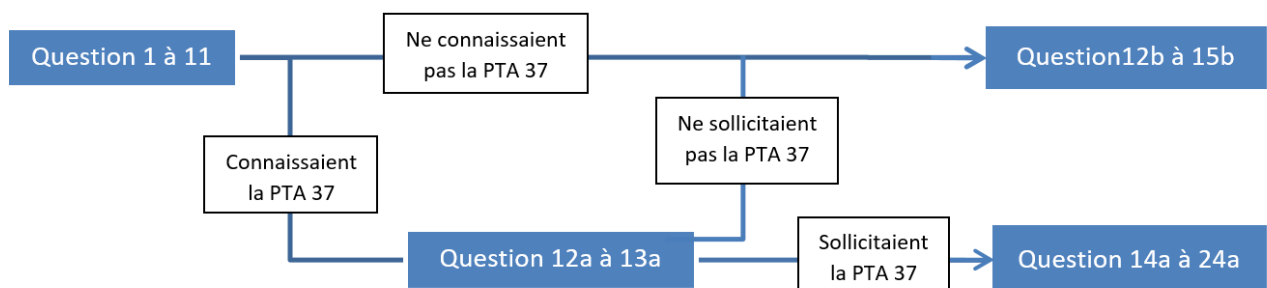
Le questionnaire créé en ligne était anonyme, il a été construit en cinq parties comportant au total maximum 24 questions dirigées (cf annexe 5) :

- Données épidémiologiques de la population étudiée
- "Situation complexes" : difficultés, fréquence, aides des MG
- Connaissance de la PTA 37 par le participant
- Usage de la PTA 37 par le participant
- Sentiments, critiques et attentes du participant vis-à-vis de la PTA 37

Le questionnaire était composé de plusieurs questions fermées avec plusieurs propositions dont un espace de commentaire libre proposé dans la plupart des questions via la case « autre(s),... ».

Le questionnaire a été élaboré par nos soins à partir de données bibliographiques afin de réaliser le plus possible des questions fermées plus faciles à analyser statistiquement. Le questionnaire était introduit par un texte expliquant le but de l'étude avec une courte explication des PTA. Il a été soumis à l'avis du CA de la PTA 37, de la cheffe de projet des exercices coordonnés de l'URPS ML, de la directrice de la PTA. Il a ensuite été « testé » auprès de deux médecins généralistes et un médecin spécialiste ne faisant pas partie de la population cible pour évaluer sa faisabilité. Ceci a permis une reformulation de certaines questions et de certaines phrases introductives.

VI. Arbre d'orientation du questionnaire simplifié (cf annexe 5)



VII. Analyses des données

Le sondage a été effectué et diffusé sur le site dragnsurvey®, outils de questionnaire en ligne. Les données ont été analysées par les options statistiques du site dans un premier temps et retranscrites sur tableaux Excel.

Pour les tests statistiques, nous avons réalisé un test exact de Fisher pour comparer les variables des caractéristiques des MG (âge, mode et milieu d'exercice, etc...) avec les variables connaissance ou sollicitation. Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme statistiquement significative, une valeur de p comprise entre 0,05 et 0,10 était considérée comme une tendance significative. Les calculs ont été effectués à l'aide de l'outil de calcul sur le site biostatgv.sentiweb.fr. Nous avons préféré utiliser le test exact de Fisher plutôt que le test du χ^2 pour l'analyse statistique étant donné la petite taille de notre échantillon.

VIII. Cadre légal

Le projet de l'étude a fait l'objet d'une demande à la coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles" de la Faculté de Médecine de l'Université de Tours pour la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), il a été décidé le 29 Juin 2020 que la déclaration CNIL n'était pas nécessaire.

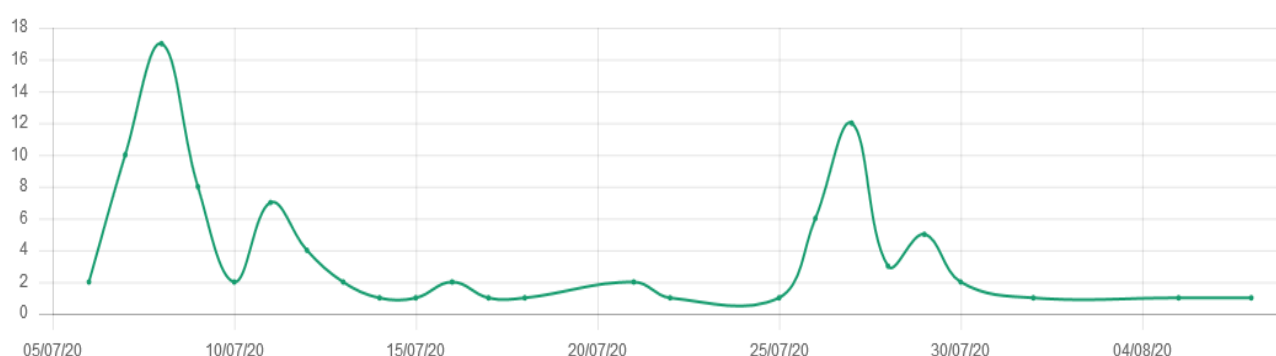
RÉSULTATS :

I. Caractéristiques et données épidémiologiques de la population étudiée

A. Etude chronologique des réponses au questionnaire

93 MG ont répondu au questionnaire en ligne, dont 86 ont rempli le questionnaire intégralement soit 92,47% des répondants, 3 médecins n'ont pas été plus loin que la question 5 et ont donc été exclus, n'apportant pas de valeurs qualitatives aux résultats statistiques. 4 médecins ont répondu partiellement au questionnaire : 2 médecins ont répondu jusqu'à la question 11, 1 jusqu'à la question 12b et 1 autre jusqu'à la question 21a. Ils ont donc été exclus des effectifs des questions suivantes mais leurs réponses ont été prises en compte car elles apportaient une valeur qualitative.

Graphique n°8 : nombre de réponses au questionnaire en fonction des jours

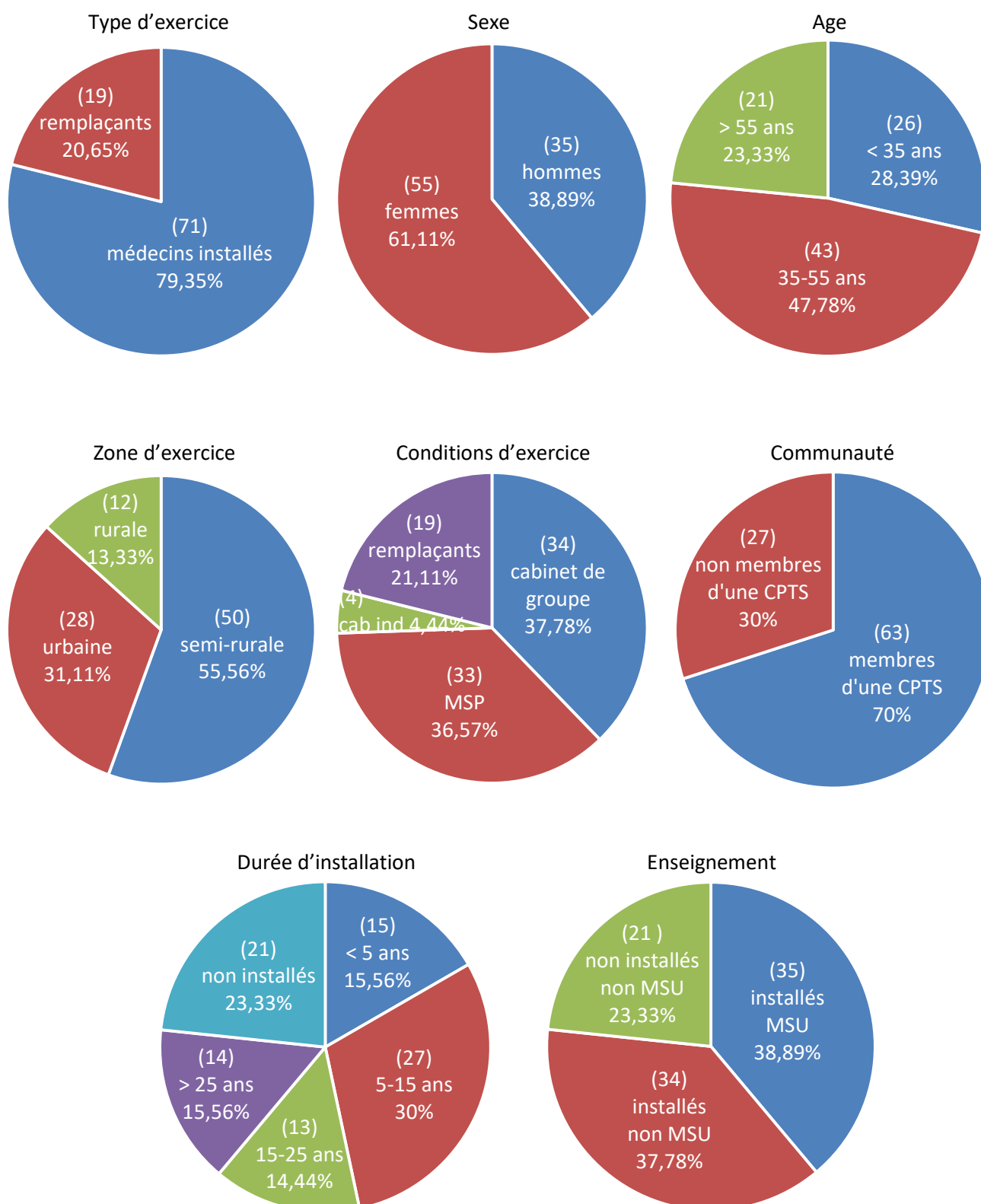


Le premier pic du nombre de réponses était corrélé à la date d'envoi des mails le 06/07/2020 par l'URPS ML, les CPTS et la PTA 37. Le second pic du nombre de réponses était corrélé à la date d'annonce postée sur le réseau social FACEBOOK le 11/07/2020. Les Relances ont été faites le 25/07/2020 pour les mails et le 29/07/2020 pour l'annonce sur le réseau social FACEBOOK. On y observait la même corrélation. Après le 7 Aout 2020, aucune nouvelle réponse au questionnaire n'a été enregistrée.

Sur les 90 réponses, 58 MG ont répondu après la première annonce (64,44%) et 32 MG ont répondu après la relance (35,56%).

B. Caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire

Graphiques n°9 : Caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire (n = 90) :



L'ensemble des graphiques n°9 résument les caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire.

71 médecins installés (79,35%) et 19 médecins remplaçants (20,65%) ont répondu au questionnaire avec un taux de participation de 13,47% pour les MG installés. Il est impossible de calculer le taux de participation des remplaçants car nous ne connaissons pas exactement le nombre de remplaçants ayant consulté la page FACEBOOK.

Parmi les 90 MG ayant répondu au questionnaire, 55 étaient des femmes (61,11%) et 35 des hommes (38,89%).

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire soit 47,78% était âgé de 35 à 55 ans (43 répondants) contre 28,39% pour les moins de 35 ans (26 répondants) et 23,33% pour les plus de 55 ans (21 répondants). Les MG remplaçants représentaient 57,69% des moins de 35 ans soit 15 répondants.

Le territoire d'exercice majoritaire était semi-rural à 55,56%, contre 31,11% en zone urbaine et 13,33% en zone rurale.

La plupart des médecins interrogés travaillaient en association cabinet de groupe (37,78%) ou en maison de santé pluriprofessionnelle (36,67%), seulement 4 répondants exerçaient en cabinet individuel (4,44%) et on dénombrait 19 MG remplaçants (21,11%)

Sur la totalité des répondants, 63 médecins faisaient partie d'une CPTS (70%) et 27 n'en faisaient pas partie (30%). 26,32% des MG remplaçants faisaient partie d'une CPTS (5 répondants).

30% des MG ayant répondu au questionnaire étaient installés depuis 5 à 15 ans, contre 14,44% depuis 15 à 25 ans, 16,67% depuis moins de 5 ans, et 15,56% depuis plus de 25 ans. On dénombrait aussi 21 médecins ne se déclarant pas comme installés soit 23,33%.

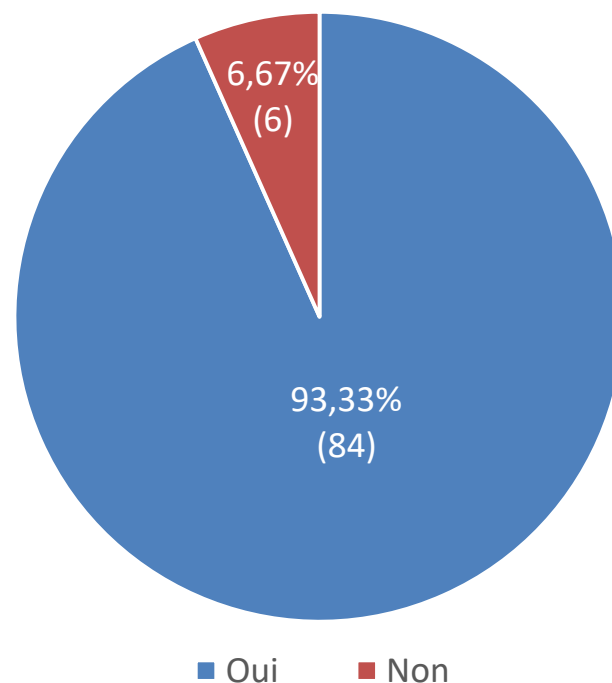
Parmi les 69 médecins installés, 35 étaient maître de stage universitaire (50,72%) contre 34 qui ne l'étaient pas (49,28%).

II. "Situations complexes" : difficultés, fréquence et organismes sollicités par les MG.

A. Difficultés à la gestion d'une "situation complexe"

93,33% des médecins interrogés déclaraient parfois ressentir des difficultés lors de la gestion d'une "situation complexe" soit 84 MG, et 6 médecins déclaraient ne pas ressentir de difficultés à la gestion d'une "situation complexe" soit 6,67% des répondants.

Graphiques n°10 : Difficultés parfois ressenties des MG lors de la gestion d'une "situation complexe" (n = 90)

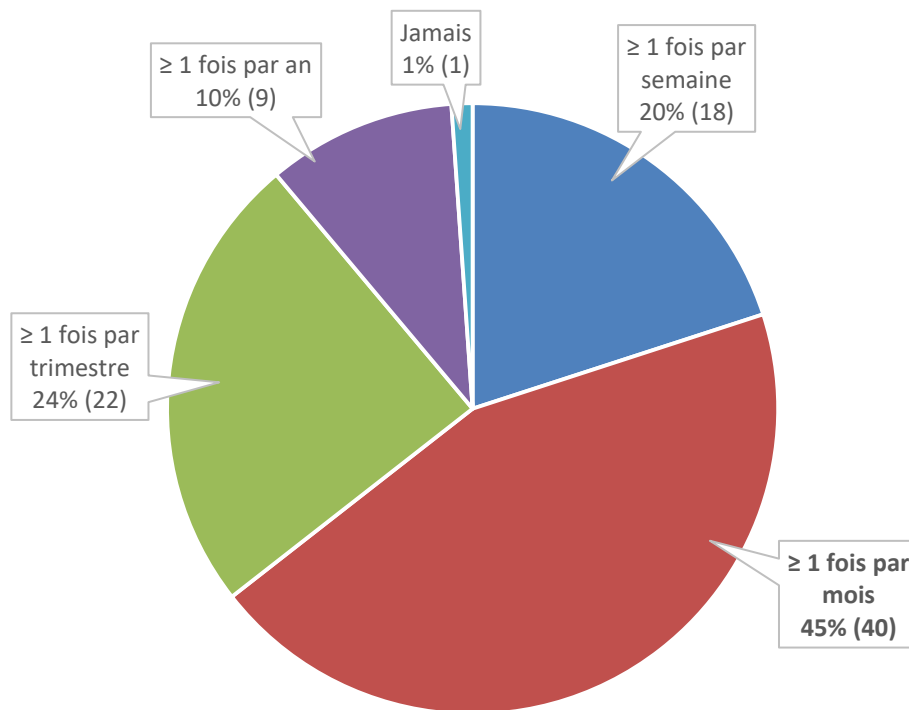


B. Fréquence des "situations complexes"

44,44% des MG interrogés estimaient à au moins 1 fois par mois la fréquence d'un patient en "situation complexe" dans leur pratique quotidienne (40 répondants), 20% à au moins 1 fois par semaine (18 répondants), 24,44% à au moins 1 fois par trimestre (22 répondants), et 10% à au moins 1 fois par an (9 répondants). Un seul médecin (1,11%) estimait ne jamais avoir de patient en "situation complexe" dans sa pratique quotidienne.

Au total c'est donc 64,44% des MG interrogés qui estimaient entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois la fréquence d'un patient en "situation complexe" dans leur pratique quotidienne.

Graphiques n°11 : fréquence estimée par les MG d'un patient en "situation complexe" en pratique quotidienne (n = 90)



C. Organismes sollicités en cas de "situations complexes"

En cas de "situations complexes", une majorité des médecins interrogés avec 69 répondants (76,67%) déclaraient demander de l'aide aux professionnels paramédicaux (Infirmier(e) libéral(e), psychologue, etc...) et 64 répondants, l'aide de l'hôpital (71,11%).

La moitié des répondants soit 45 médecins (50%) demandaient de l'aide à l'assistante sociale de secteur et 48 (53,33%) au S.S.I.A.D.

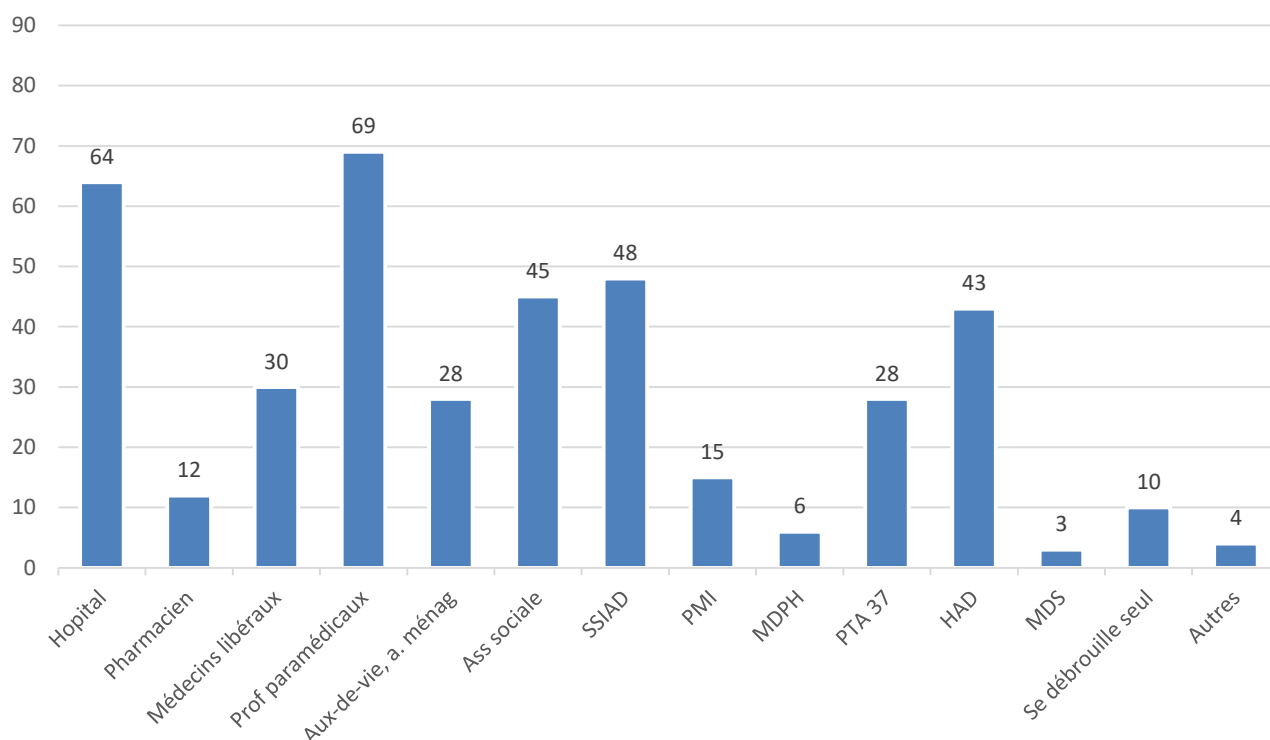
Un peu moins de la moitié des médecins avec 43 répondants (47,78%) demandaient de l'aide à l'H.A.D.

Un tiers des médecins soit 30 répondants (33,33%), déclaraient demander de l'aide à leurs confrères et consœurs et 28 (31,11%) à l'auxiliaire de vie ou l'aide-ménagère. Le même taux, 28 médecins (31,11%) déclaraient demander de l'aide à la P.T.A. 37. Parmi les autres réponses, 15 médecins (15,67%) demandaient de l'aide à la PMI, 12 (13,33%) aux pharmaciens, 6 (6,67%) à la M.D.P.H. et 3 (3,33%) à la M.D.S.

Sur les 90 médecins interrogés, 10 déclaraient (11,11%) se débrouiller seul en cas de "situations complexes".

4 médecins ont ajouté dans les commentaires libres : la C.C.A.S. (Centre Communal d'Action sociale), la famille et autres aidants, les équipes mobiles et d'appui de l'hôpital, le PAERPA.

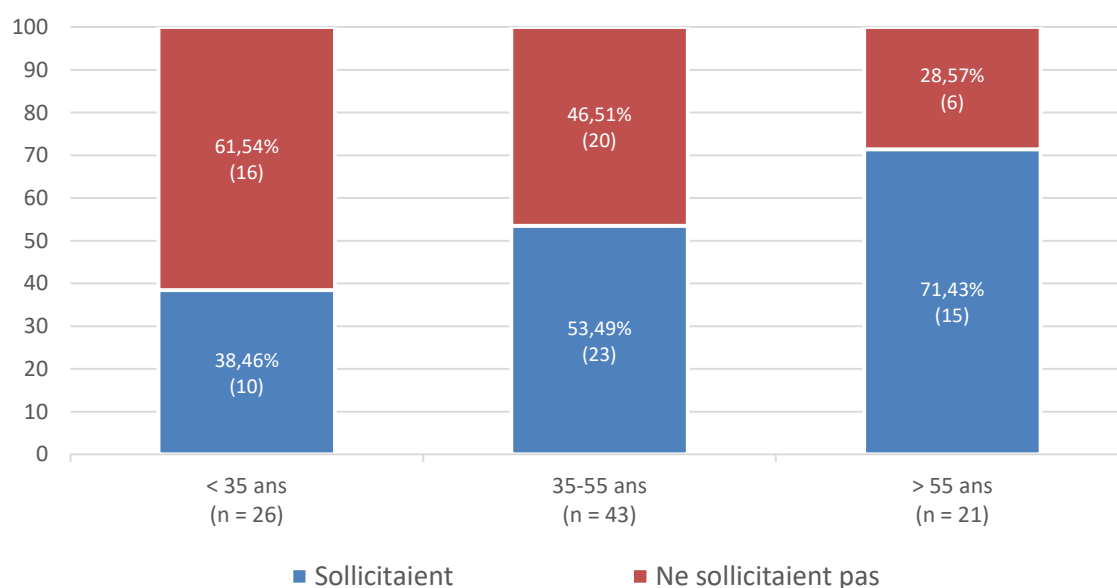
Graphique n°12 : Organismes sollicités par les MG en cas de cas de "situations complexes"
(n = 90)



a) Sollicitation du S.S.I.A.D

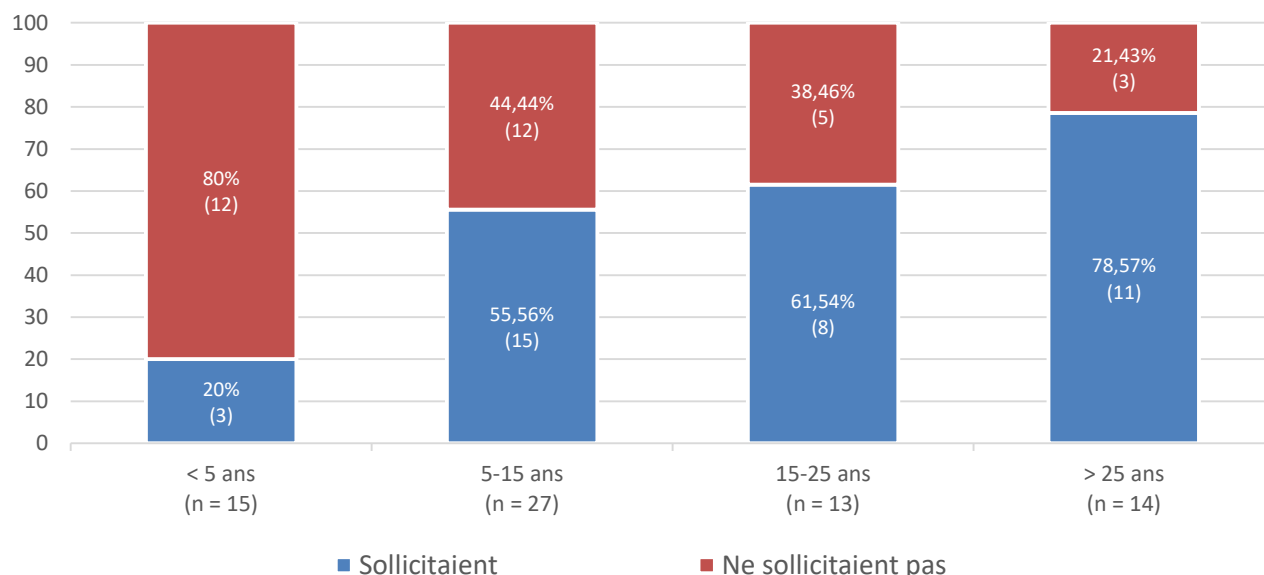
Parmi les médecins interrogés de moins de 35 ans, 38,46% d'entre eux déclaraient demander de l'aide au S.S.I.A.D en cas de "situations complexes" (10 répondants), contre 53,49% des 35-55 ans (23 répondants) et 71,43% des plus de 55 ans (15 répondants), $p = 0.077$.

Graphique n°13 : Sollicitation du SSIAD en fonction de l'âge des médecins (n = 90)



20% des médecins installés depuis moins de 5 ans en Indre-et-Loire demandaient de l'aide au S.S.I.A.D en cas de cas de "situations complexes" (3 répondants), 55,56% pour les médecins installés depuis 5 à 15 ans (15 répondants), 61,54% pour les médecins installés depuis 15 à 25 ans (8 répondants), et 78,57% pour les médecins installés depuis plus de 25 ans (11 répondants), $p = 0.013$.

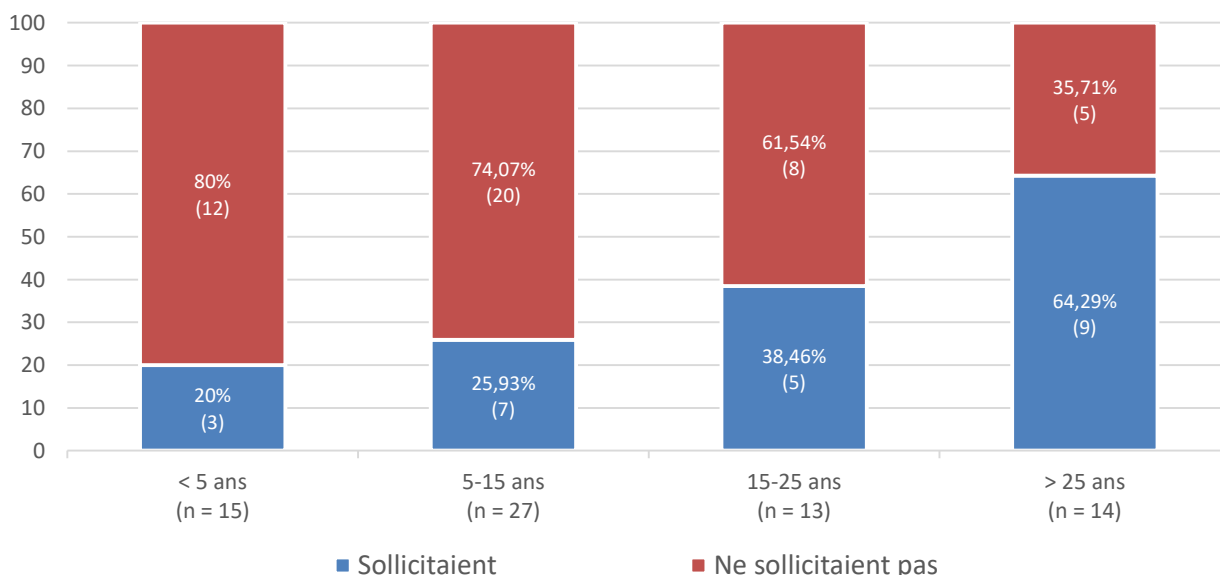
Graphique n°14 : Sollicitation du SSIAD en fonction de la durée d'installation des MG (n = 69)



b) Sollicitation des auxiliaires de vie ou aide-ménagères

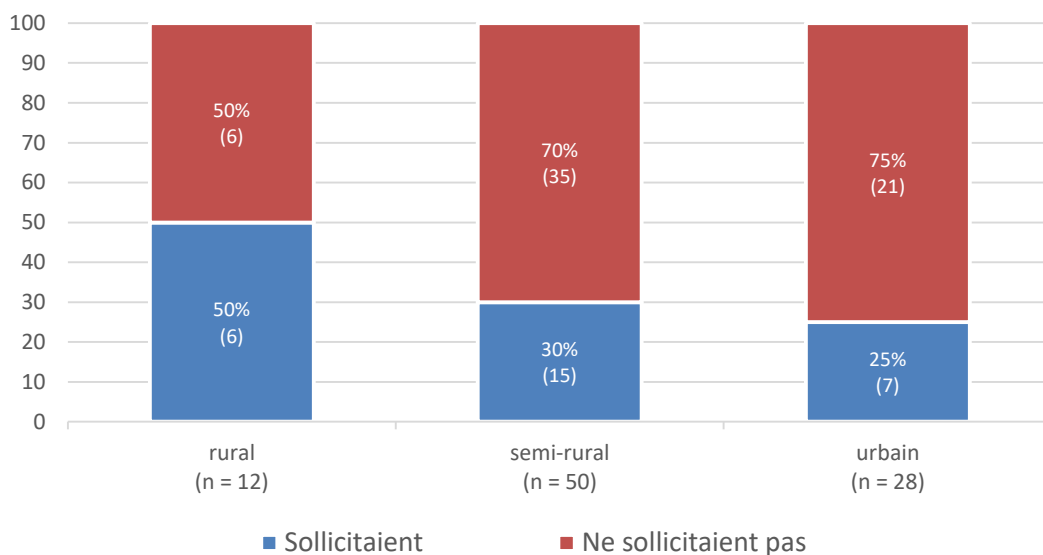
20% des médecins installés depuis moins de 5 ans en Indre-et-Loire sollicitaient les auxiliaires de vie ou aide-ménagère en cas de "situations complexes" (3 répondants), 25,93% pour les médecins installés depuis 5 à 15 ans (7 répondants), 38,46% pour les médecins installés depuis 15 à 25 ans (5 répondants), et 64,29% pour les médecins installés depuis plus de 25 ans (9 répondants), $p = 0.057$.

Graphique n°15 : Sollicitation des auxiliaires de vie ou aides ménagères en fonction de la durée d'installation des médecins (n = 69)



50% des médecins ruraux sollicitaient l'aide des auxiliaires de vie ou des aide-ménagères (6 répondants), contre 30% des médecins des secteurs semi-ruraux (15 répondants) et 25% des secteurs urbains (7 répondants), $p = 0.309$.

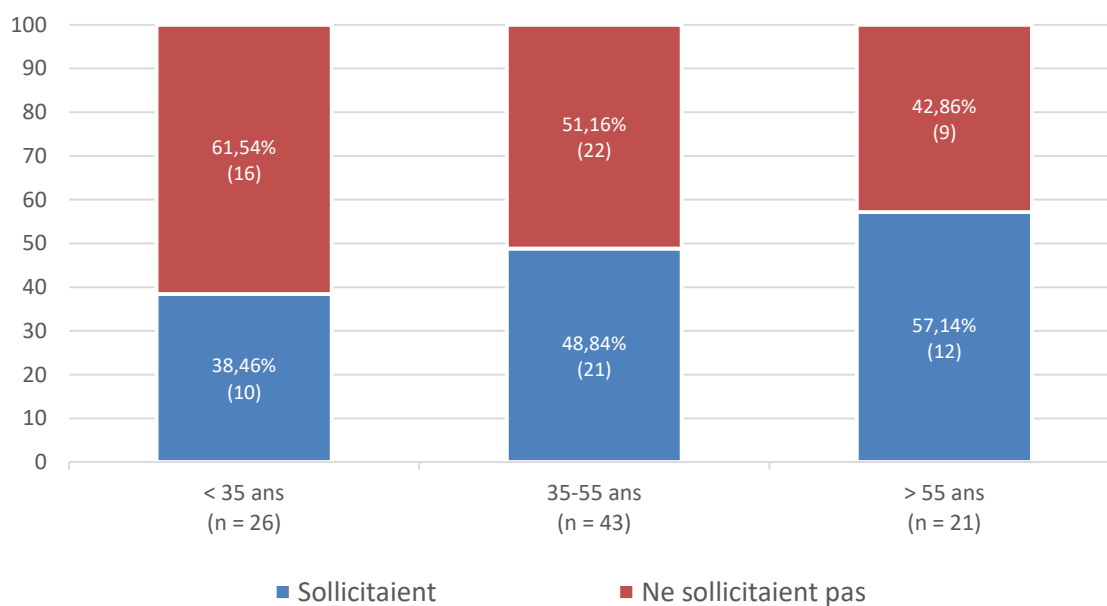
Graphique n°16 : Sollicitation des auxiliaires de vie ou aides ménagères en fonction du secteur d'exercice des médecins (n = 90)



c) Sollicitation de l'H.A.D

38,46% des MG de moins de 35 ans déclaraient demander de l'aide à l'H.A.D en cas de "situations complexes" (10 répondants), 21 médecins soit 48,84% entre 35 et 55 ans, 12 médecins soit 57,14% après 55 ans, $p = 0.424$.

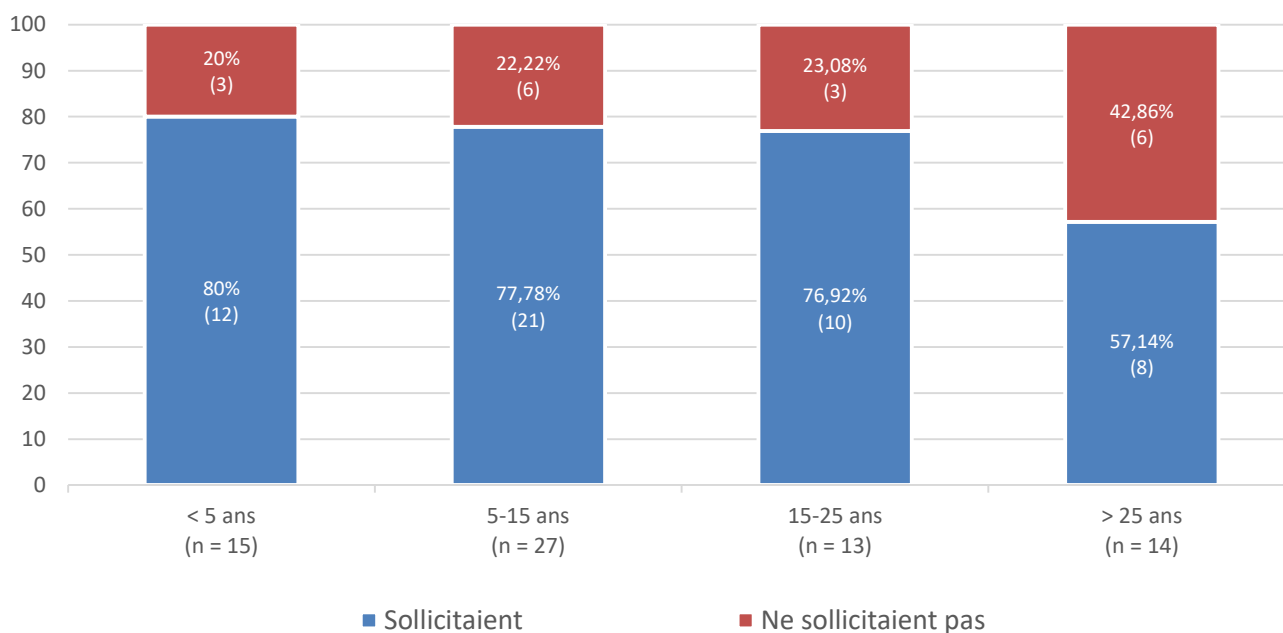
Graphique n°17 : Sollicitation de l'HAD en fonction de l'âge des médecins (n = 90)



d) Sollicitation de l'Hôpital

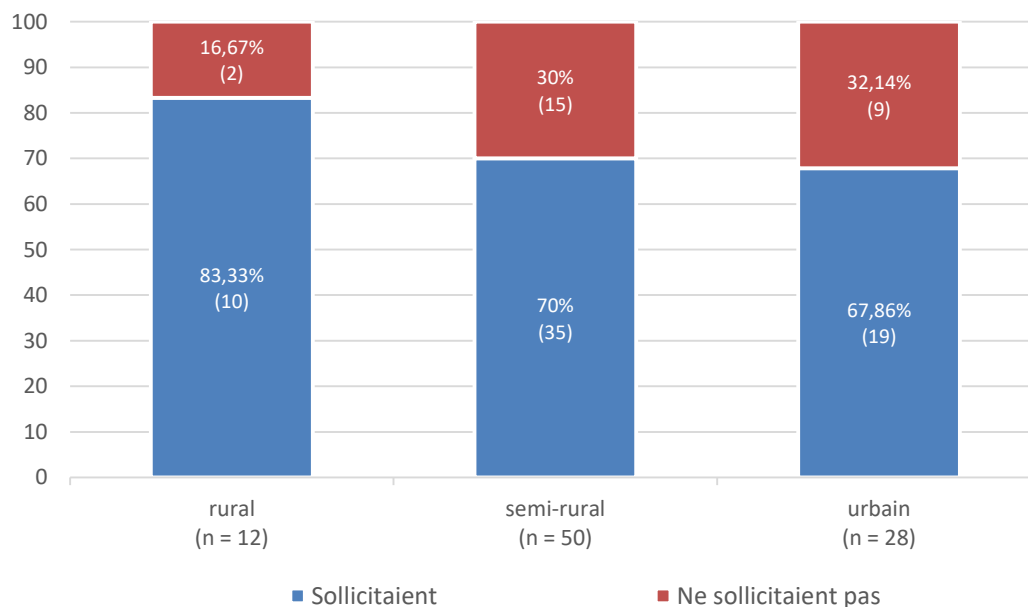
80% des médecins installés depuis moins de 5 ans en Indre-et-Loire sollicitaient l'hôpital en cas de "situations complexes" (12 répondants), 77,78% pour les médecins installés depuis 5 à 15 ans (21 répondants), 76,92% pour les médecins installés depuis 15 à 25 ans (10 répondants), contre 57,14% pour les médecins installés depuis plus de 25 ans (8 répondants), $p = 0.50$.

Graphique n°18 : Sollicitation de l'hôpital en fonction de la durée d'installation des MG (n = 69)



83,33% des médecins ruraux demandaient l'aide de l'hôpital en cas de "situations complexes" (10 répondants), contre 70% des médecins semi-ruraux (35 répondants) et 67,86% des médecins en zone urbaine (19 répondants), $p = 0.71$.

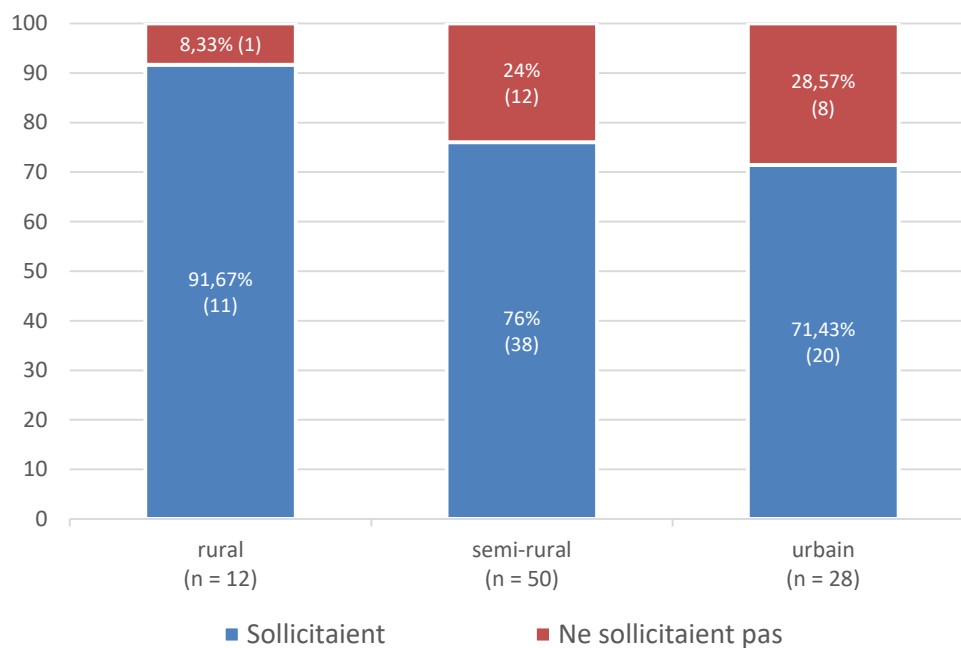
Graphique n°19 : Sollicitation de l'hôpital en fonction du secteur d'exercice des MG (n = 90)



e) Sollicitation des professionnels paramédicaux

91,67% des médecins ruraux sollicitaient l'aide des professionnels paramédicaux en cas de "situations complexes" (11 répondants) contre 76% des médecins en zone semi-rurale (38 répondants) et 71,43% en zone urbaine (20 répondants), $p = 0.44$.

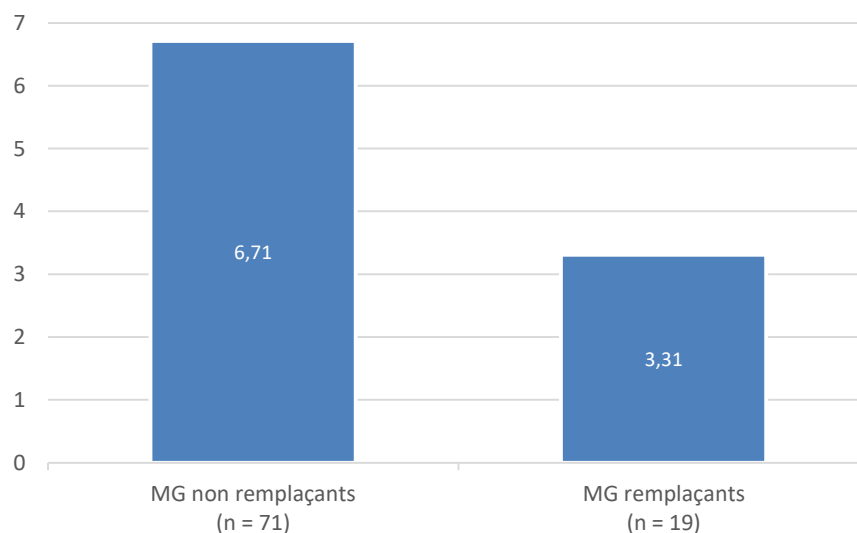
Graphique n°20 : Sollicitation des professionnels paramédicaux en fonction du secteur d'exercice des médecins (n = 90)



f) Autres données

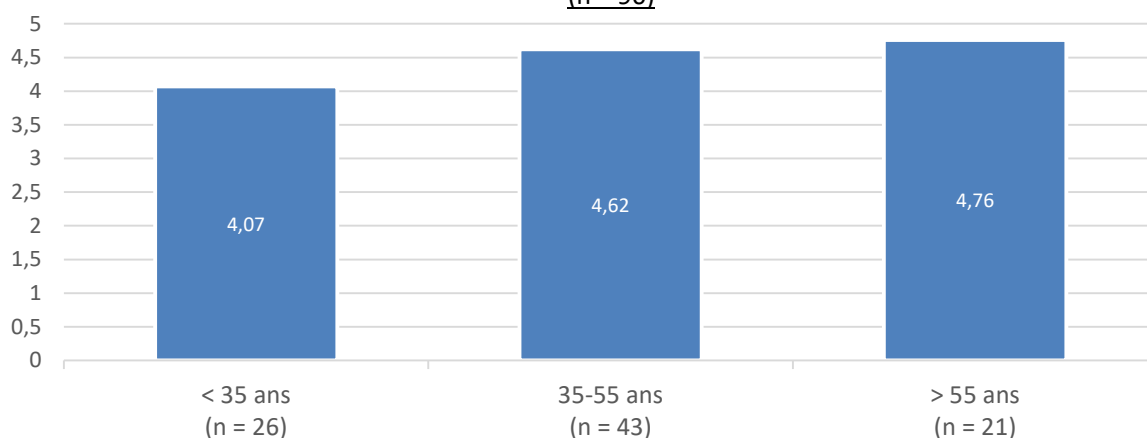
Le nombre moyen de réponses à la question 8 était plus élevé pour les médecins non remplaçants, il est ainsi de 6,71 pour les MG non remplaçants, contre 3,31 pour les MG remplaçants.

Graphique n°21 : Nombre de réponses moyen à la question 8 en fonction du type d'exercice (n = 90)



Le nombre moyen de réponses à la question 8 à était de 4,07 pour les moins de 35 ans, 4,62 entre 35 et 55 ans, et 4,76 pour les plus de 55 ans.

Graphique n°22 : Nombre de réponses moyen à la question 8 par tranche d'âge
(n = 90)



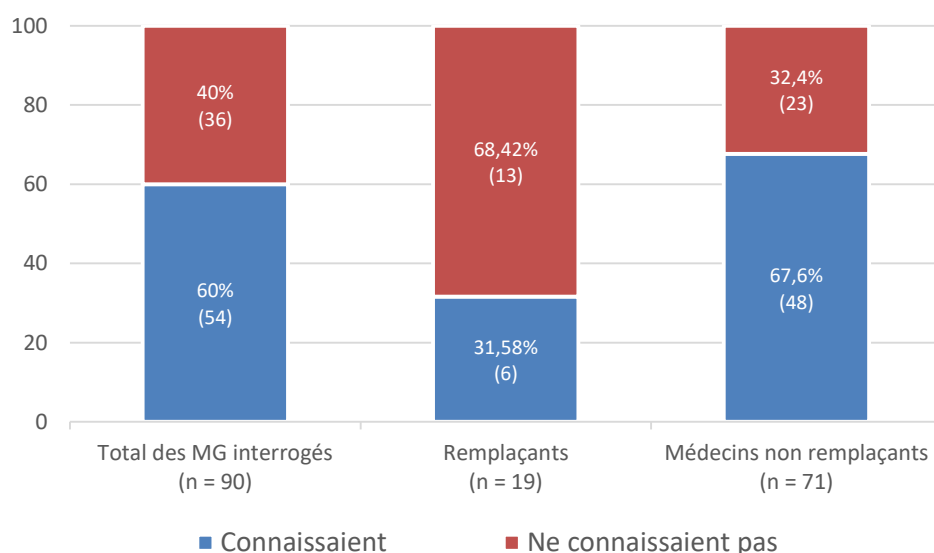
III. Connaissance de la PTA 37

A. Selon le type d'exercice des MG

Parmi les 90 MG interrogés, 60% connaissaient l'existence de la PTA 37 avant le questionnaire (54 répondants) et 40% ne connaissaient pas son existence (36 répondants).

Sur les 19 médecins remplaçants interrogés, 68,42% ne connaissaient pas son existence (13 répondants) contre 31,58% qui connaissaient son existence (6 répondants). Ainsi sur les 71 MG non remplaçants, 2/3 environ connaissaient l'existence de la PTA 37 soit 67,60% (48 répondants) et 1/3 ne connaissaient pas son existence soit 32,40% (23 répondants), $p = 0.007$.

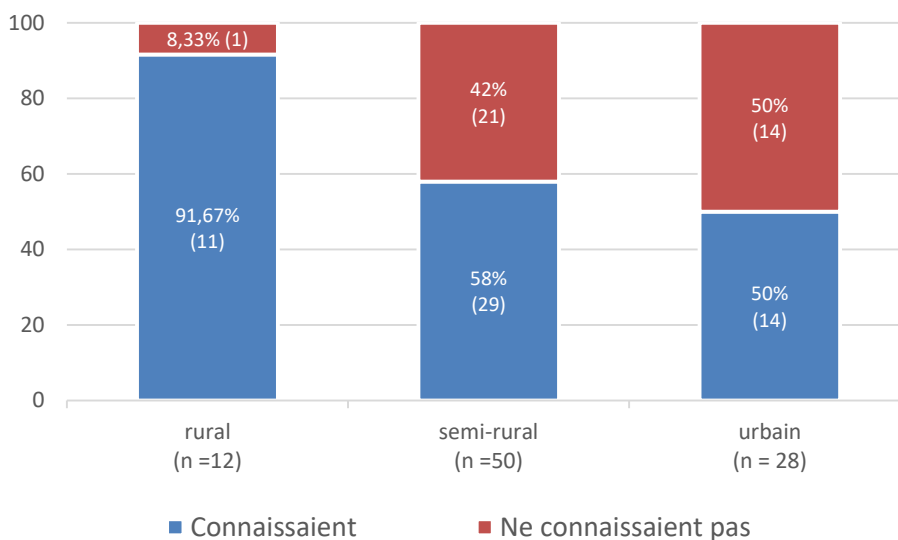
Graphique 23 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 avant le questionnaire en fonction du type d'exercice



B. Selon le territoire d'exercice des MG

91,67% des médecins exerçant en territoire rural déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 avant de répondre au questionnaire contre 58% pour le territoire semi-rural (29 répondants sur 50) et 50% pour le territoire urbain (14 répondants sur 28), $p = 0.042$.

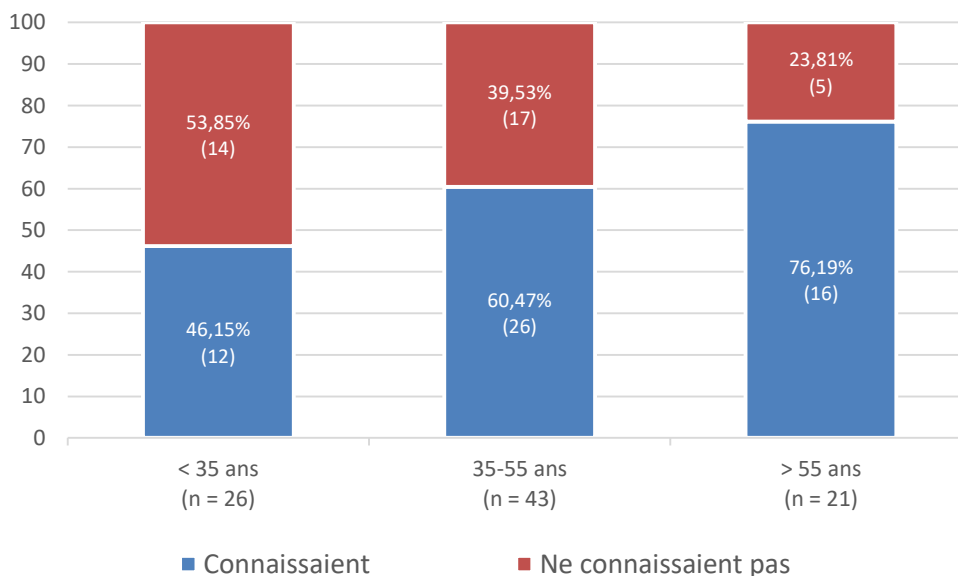
Graphique 24 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 en fonction du secteur d'exercice des médecins (n = 90)



C. Selon l'âge des MG

Parmi les moins de 35 ans, 46,15% déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 avant de répondre au questionnaire (12 répondants sur 26), 60,47% pour les 35-55 ans (26 répondants sur 43) et 76,19% pour les plus de 55 ans (16 répondants sur 21), $p = 0.125$.

Graphique 25 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 en fonction de l'âge des médecins (n = 90)



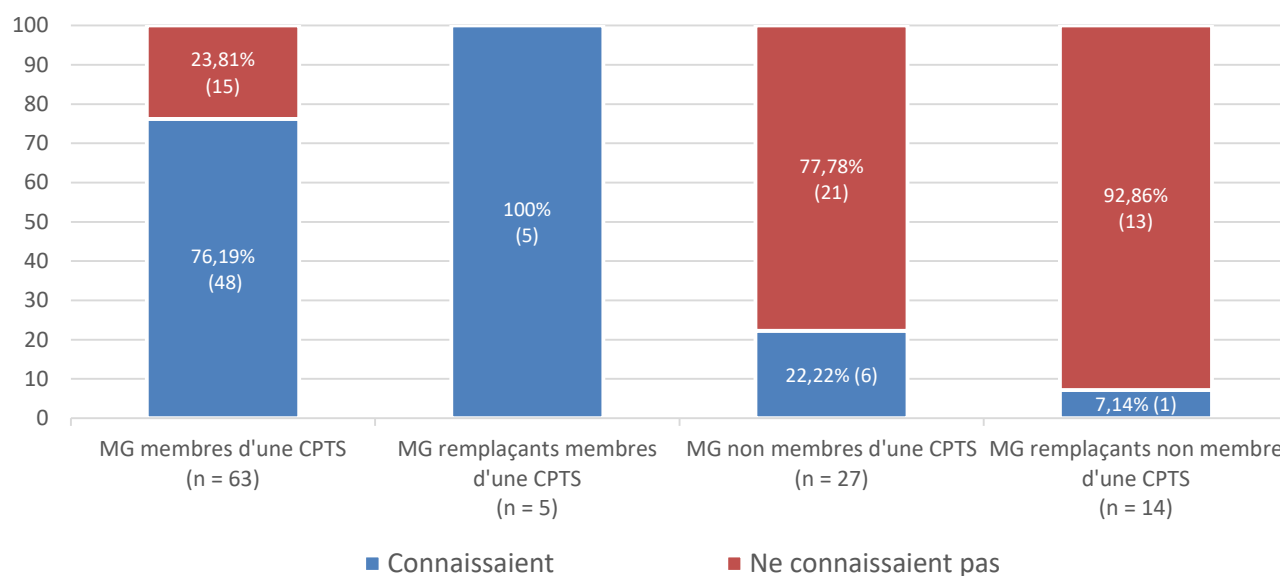
D. Selon l'adhésion des MG à une CPTS

76,19% des MG membres d'une CPTS connaissaient l'existence de la PTA 37 (48 répondants sur 63), contre 22,22% des médecins non membres d'une CPTS (6 répondants sur 27), $p < 0.05$ ($3,28.10^{-6}$).

73,68% des MG remplaçants ne faisaient pas partie d'une CPTS (14 répondants sur 19) et 92,86% d'entre eux ne connaissaient pas son existence (13 répondants sur 14), $p < 0.05$ ($5,15.10^{-4}$).

100% des MG remplaçants membres d'une CPTS connaissaient l'existence de la PTA 37 (5 répondants).

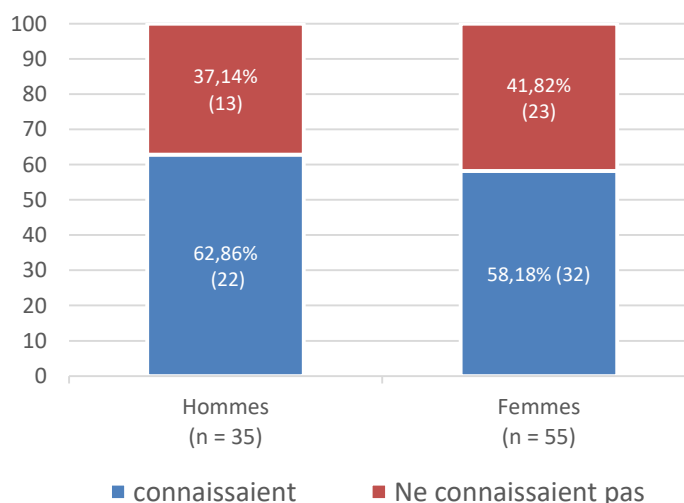
Graphique 26 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 en fonction de l'adhésion à une CPTS



E. Selon le sexe

62,86% des hommes déclaraient connaître son existence avant le questionnaire (22 répondants) contre 58,18% pour les femmes (32 répondants), $p = 0.825$.

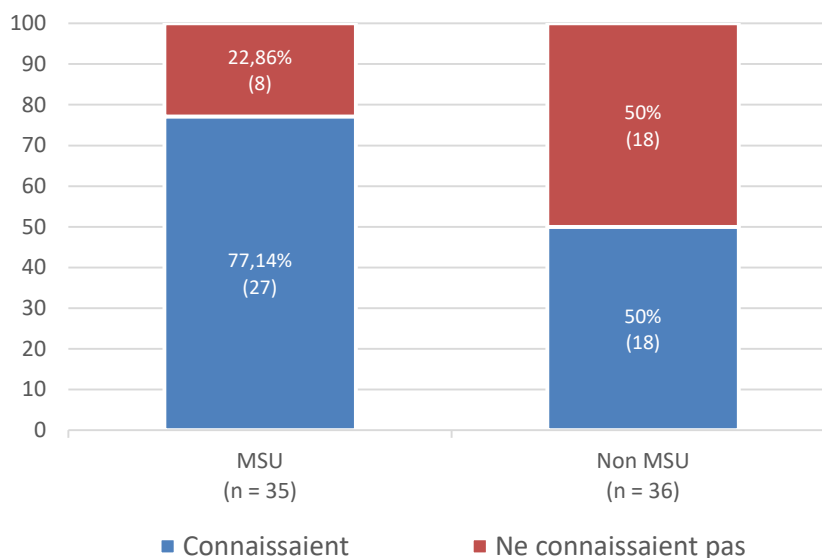
Graphique 27 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 en fonction du sexe (n = 90)



F. Selon l'enseignement universitaire (MSU)

En écartant les MG remplaçants, 77,14% des médecins MSU connaissaient l'existence de la PTA 37 (27 répondants sur 35), contre 50% des médecins non MSU (18 répondants sur 36), $p = 0.026$

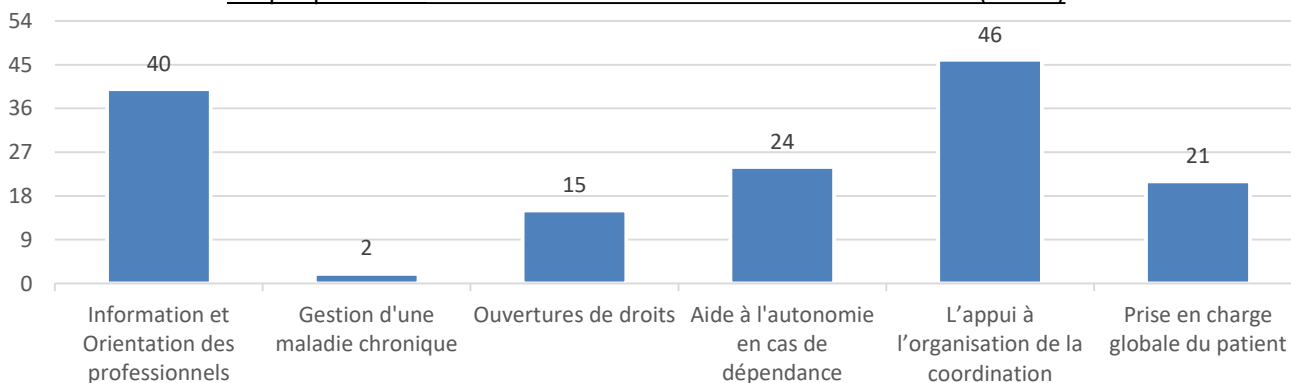
Graphique n°28 : Connaissance de l'existence de la PTA 37 en fonction de l'enseignement universitaire (MSU) (n = 71)



G. Missions de la PTA 37

Parmi les 53 médecins connaissant l'existence de la PTA 37, 73,58% pensaient que la PTA 37 avait pour mission l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire (39 répondants) et 86,79% l'appui à l'organisation de la coordination des parcours complexes (évaluation, concertation pluriprofessionnelle, planification, coordination des interventions) (46 répondants). 21 MG soit 39,62% ont répondu que la prise en charge globale du patient faisait partie des missions de la PTA 37. 24 médecins soit 45,28% pour l'aide à l'autonomie des personnes en situation de dépendance et 15 MG soit 28,3% l'ouverture de droits aides financières et/ ou humaines. 2 médecins pensaient que la gestion d'une maladie chronique faisait partie de ses missions et 2 médecins ont répondu à la case "autre(s)" ne pas connaître les missions de la PTA 37.

Graphique n°29 : Connaissance des missions de la PTA 37 des MG (n = 53)



IV. Usage de la PTA 37

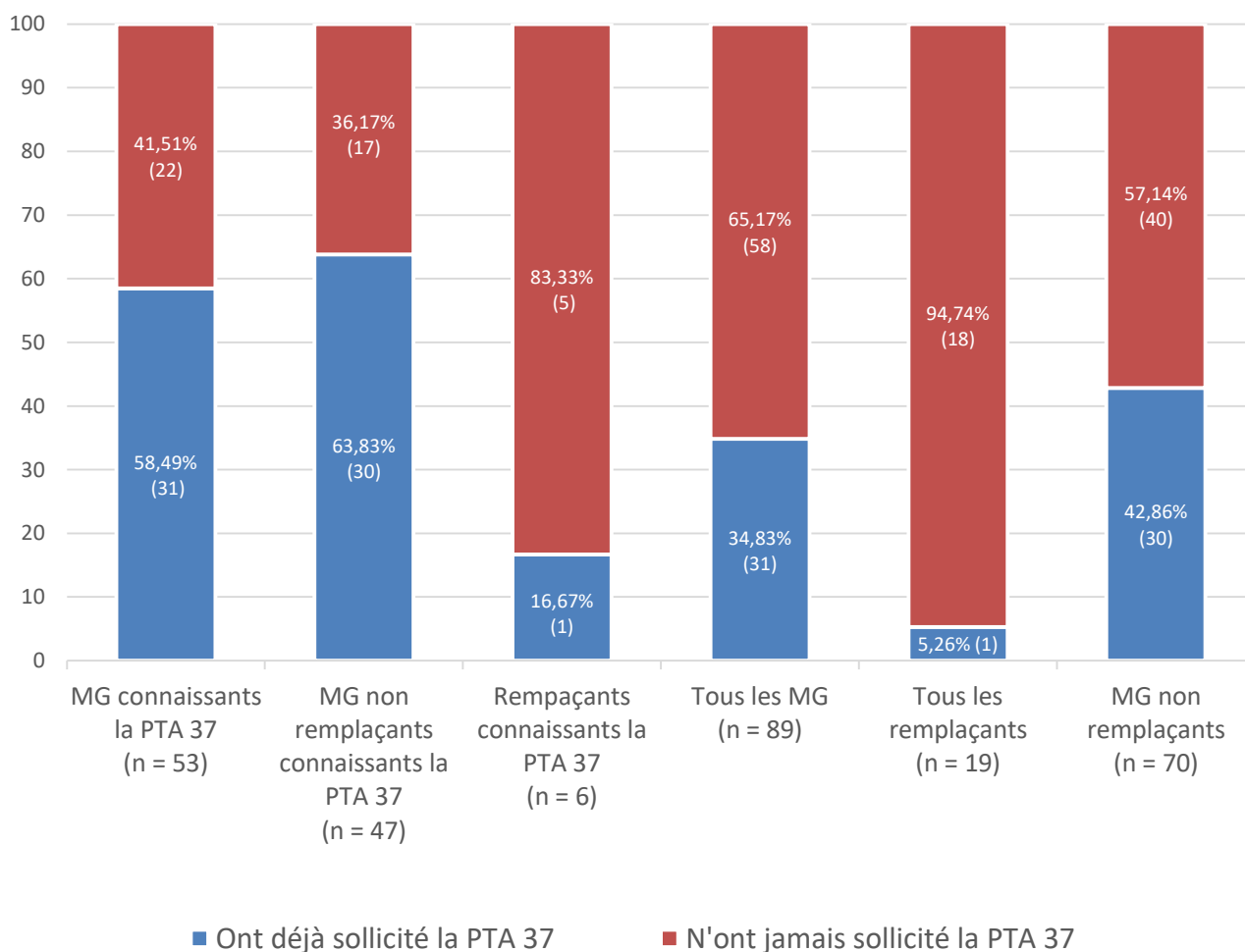
A. Sollicitations des médecins utilisateurs

a) Selon le type d'exercice et la connaissance de la PTA 37

34,83% des 89 MG interrogés ayant répondu jusqu'à la question 13a déclaraient avoir déjà sollicité la PTA 37. 42,86% des 70 MG non remplaçants sollicitaient la PTA 37 (30 répondants) contre 5,26% des 19 MG remplaçants (1 répondant) ($p = 0.002$). Cependant ils étaient 2 MG remplaçants soit 10,53% à déclarer à la question 9 solliciter l'aide de la PTA 37 en cas de "situations complexes" ($p = 0.013$).

Parmi les 53 MG qui connaissaient l'existence de la PTA 37, 58,49% déclaraient l'avoir déjà sollicité (31 répondants). Le taux de sollicitation était de 63,83% pour les MG non remplaçants qui connaissaient son existence (30 répondants) contre 16,67% pour les MG remplaçants (1 répondant) ($p = 0.07$).

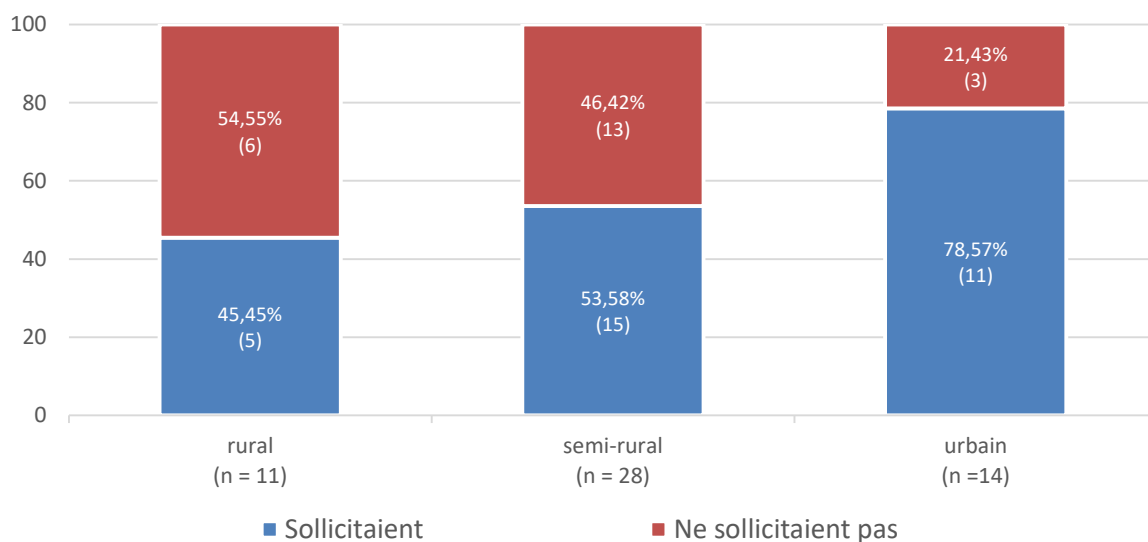
Graphique n°30 : Sollicitation de la PTA 37 pour tout type de situation



b) Selon le territoire d'exercice

En écartant des effectifs le médecin n'ayant pas répondu à la question 12a, 78,57% des MG exerçant en zone urbaine qui connaissaient la PTA 37 sollicitaient la PTA 37 (11 répondants) contre 53,58% en zone semi-rurale (15 répondants) et 45,45% en zone rurale (5 répondants) ($p = 0.18$).

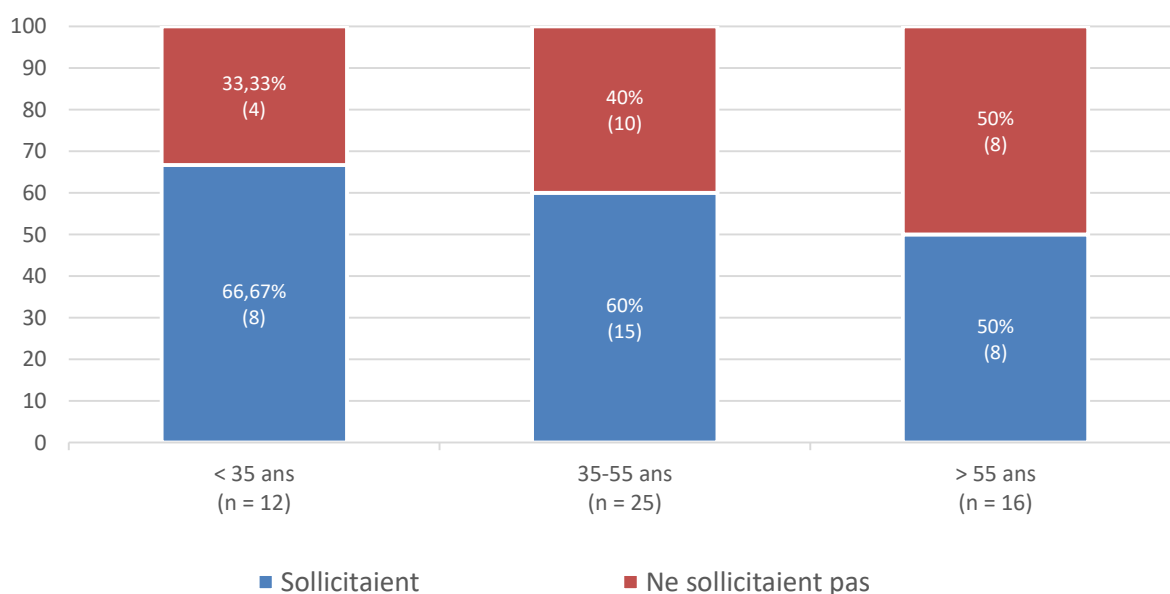
Graphique n°31 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction du secteur d'exercice des MG (n = 53)



c) Selon l'âge des médecins

Pour les MG qui connaissaient la PTA 37, ils étaient 66,67% de moins de 35 ans à la solliciter (8 répondants), contre 60% pour les 35-55 ans (15 répondants) et 50% pour les plus de 55 ans (8 répondants) ($p = 0.72$).

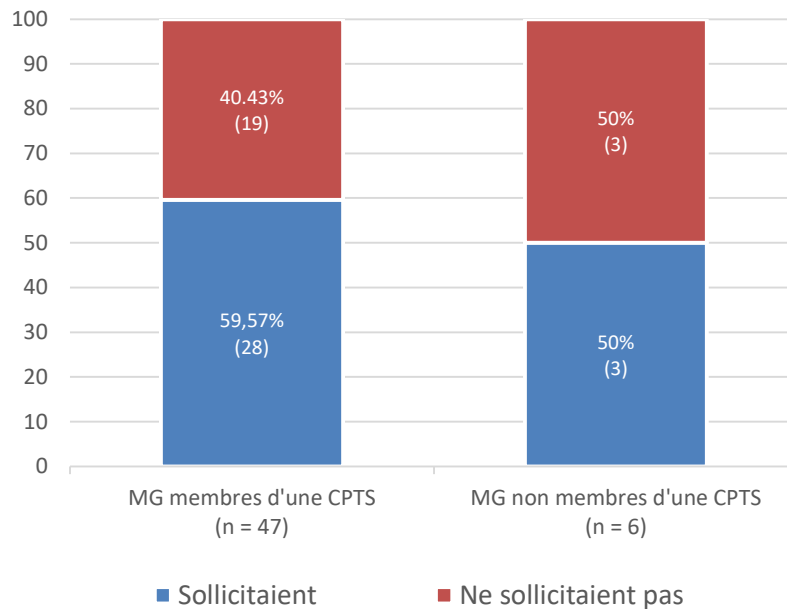
Graphique n°32 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction de l'âge des médecins (n = 53)



d) Selon l'adhésion des MG à une CPTS

59,57% des MG membres d'une CPTS qui connaissaient la PTA 37 sollicitaient son aide (28 répondants) contre 50% pour les MG non membres d'une CPTS (3 répondants) ($p = 0.68$).

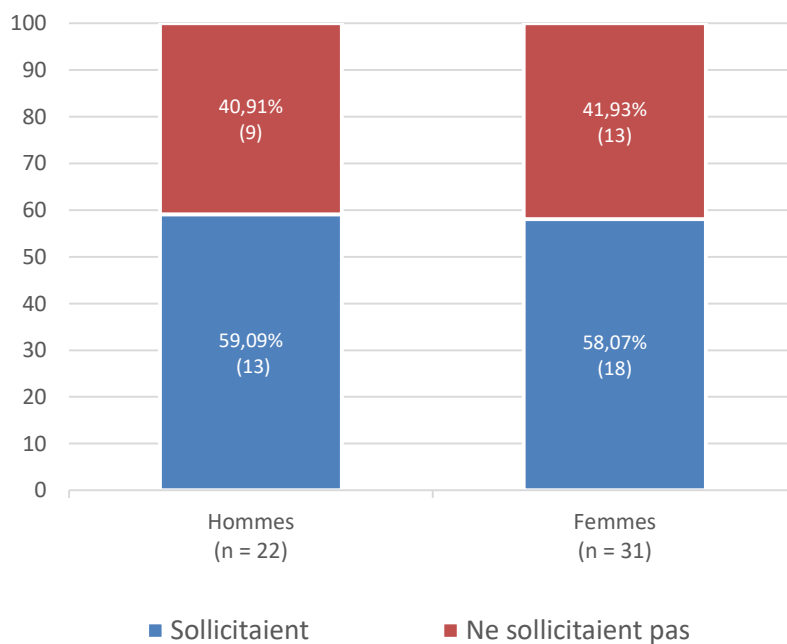
Graphique n°33 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction de l'adhésion à une CPTS (n = 53)



e) Selon le sexe

59,09% des hommes qui connaissaient son existence l'avaient déjà sollicité (13 répondants) contre 58,07% des femmes (18 répondants) ($p = 1$).

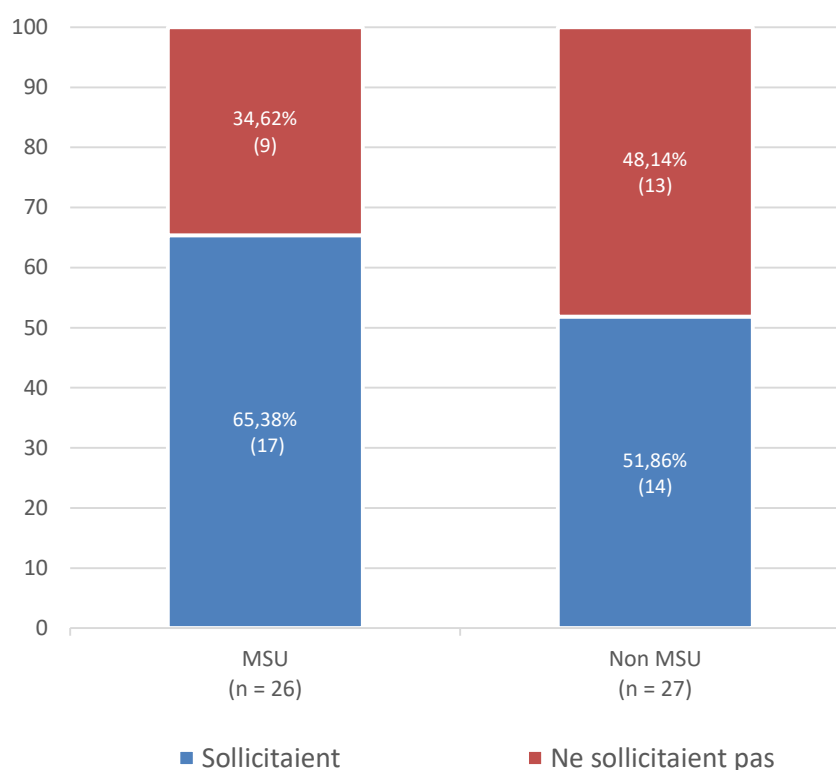
Graphique n°34 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction du sexe (n = 53)



f) Selon l'enseignement universitaire (MSU)

65,38% des MG MSU qui connaissaient la PTA 37 sollicitaient son aide (17 répondants) contre 51,86% pour les MG non MSU (14 répondants), $p = 0.40$.

Graphique n°35 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction de l'enseignement universitaire (MSU) (n = 53)



B. Utilité de la PTA 37

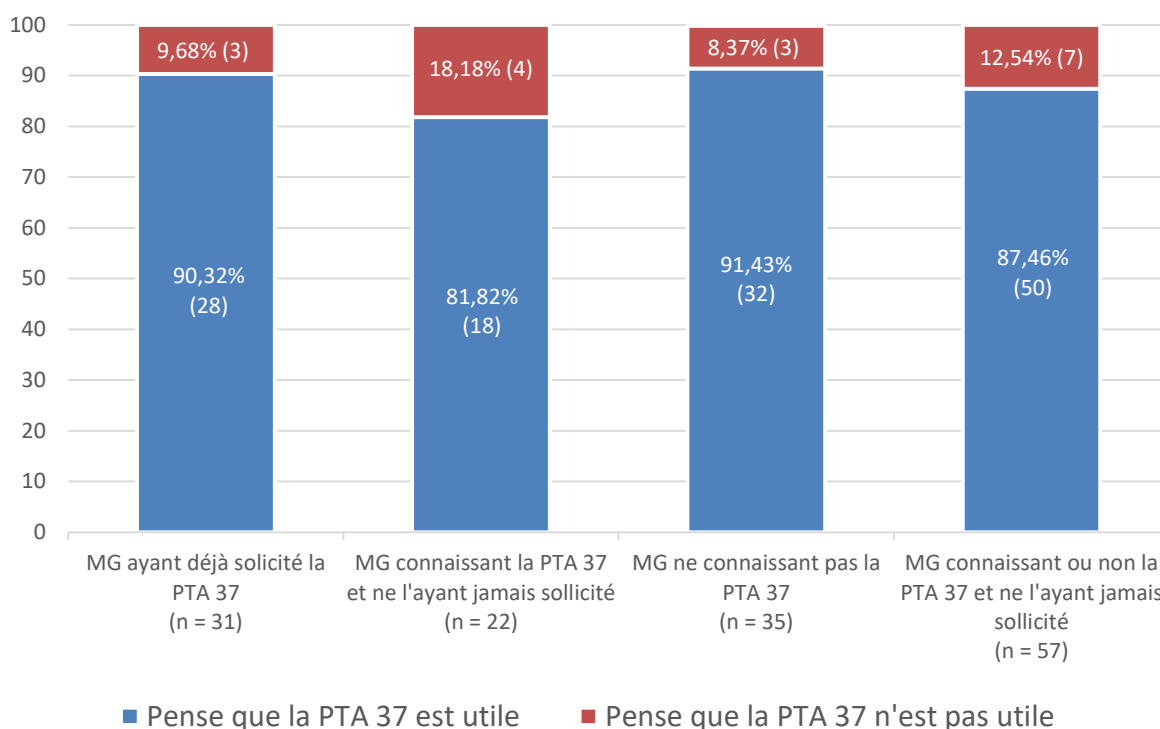
Après la courte explication sur le fonctionnement des PTA, sur les 31 MG qui déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 et l'avoir déjà sollicité, 90,32% la trouvaient utile dans leur pratique professionnelle (28 répondants).

Sur les 22 MG qui connaissaient l'existence de la PTA 37 mais qui ne l'avaient jamais sollicité 18 MG soit 81,82%, pensaient que la PTA 37 pouvait être utile dans leur pratique professionnelle.

En écartant des effectifs le médecin n'ayant pas répondu à la question 12b, parmi les 35 MG qui ne connaissaient pas l'existence de la PTA 37, 91,43% pensaient qu'elle pouvait être utile dans leur pratique professionnelle (32 répondants).

Ainsi parmi les 57 MG qui n'ont jamais sollicité, 87,46% pensaient que la PTA 37 pouvait être utile pour leur pratique professionnelle (50 répondants).

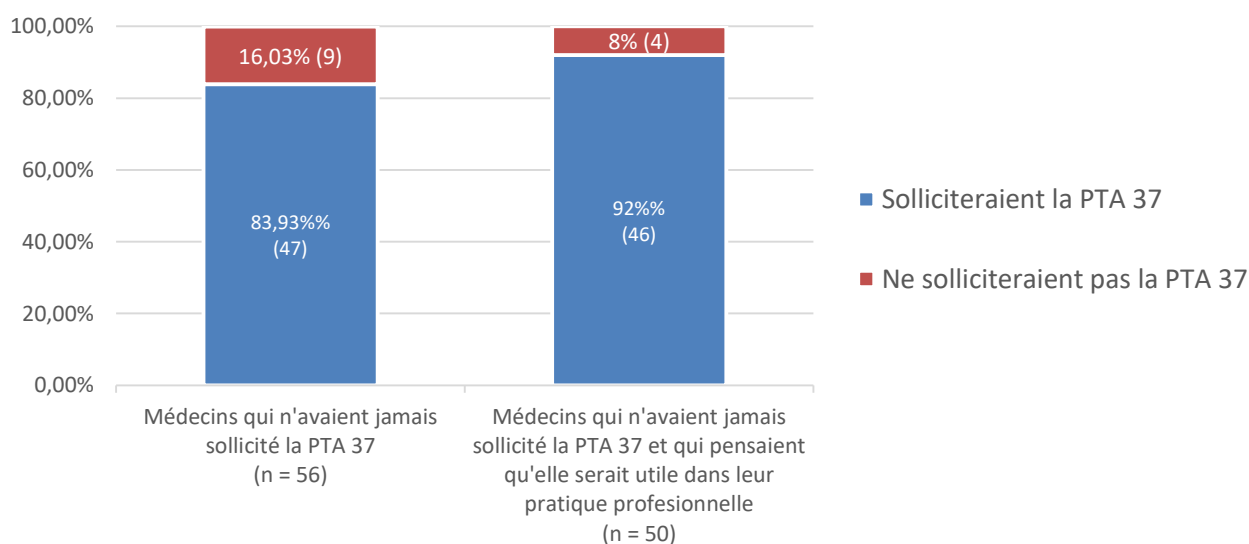
Graphique n°36 : Ressenti de l'utilité de la PTA 37 dans la pratique des MG



En écartant des effectifs le médecin n'ayant pas répondu à la question 13b bis, parmi les 56 MG qui n'ont jamais sollicité la PTA 37, 83,93% pensaient un jour la solliciter dans le cas d'une situation complexe (47 répondants).

Parmi les 50 MG qui pensaient qu'elle serait utile pour leur pratique professionnelle, 92% pensait un jour la solliciter dans le cas d'une situation complexe (46 répondants). Et sur les 6 MG qui pensaient qu'elle ne serait pas utile, 1 MG pensait quand même la solliciter un jour dans le cas de "situations complexes".

Graphique n°37 : Sollicitation de la PTA 37 envisagée par les MG en cas de "situations complexes"

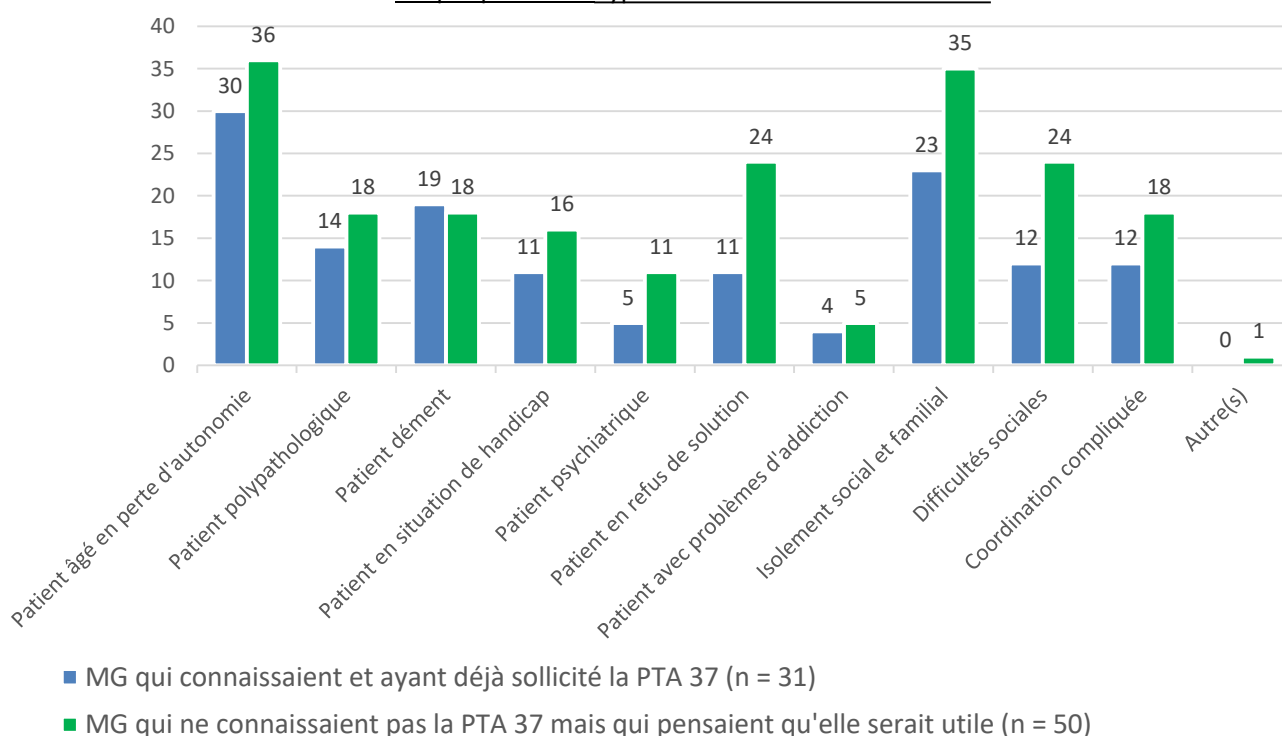


C. Types de sollicitations

Parmi les 31 MG connaissant l'existence de la PTA 37 et l'ayant déjà sollicité, 96,77% la sollicitaient pour des patients âgés en perte d'autonomie (30 répondants), 74,19% la sollicitaient pour des patients en isolement social et familial dont absence d'aidant (23 répondants), 61,29% pour les patients déments (19 répondants), 45,16% pour des patients polypathologiques (14 répondants), 38,71% pour des patients en difficultés sociales et précarité (12 répondants), 38,71% pour une coordination compliquée entre les différents professionnels intervenant auprès du patient (12 répondants), 35,48% pour des patients en refus de solution proposée et/ou mise en danger (11 répondants) et 35,48% pour des patients en situation de handicap (11 répondants). 12,9% la sollicitaient pour des patients avec problèmes d'addiction (4 répondants) et 16,13% pour des patients psychiatriques (5 répondants).

Parmi les 50 MG qui pensaient qu'elle serait utile pour leur pratique professionnelle, 80% déclaraient vouloir la solliciter pour des patients âgés en perte d'autonomie (36 répondants), 77,78% pour des patients en isolement social et familial dont absence d'aidant (35 répondants), et un peu plus de la moitié avec 53,33% pour des patients en difficultés sociales et précarité (24 répondants) et pour des patients en refus de solution proposée et/ou mise en danger (24 répondants), 40% pour des patients déments (18 répondants), polypathologiques (18 répondants) et pour une coordination compliquée entre les différents professionnels intervenant auprès du patient (18 répondants), 35,56% pour des patients en situation de handicap (16 répondants). 24,44% la solliciteraient pour des patients psychiatriques (11 répondants) et 11,1% pour des patients avec problèmes d'addiction (5 répondants). Un médecin a répondu dans le champ "autre(s)" vouloir solliciter la PTA 37 pour les victimes de violences.

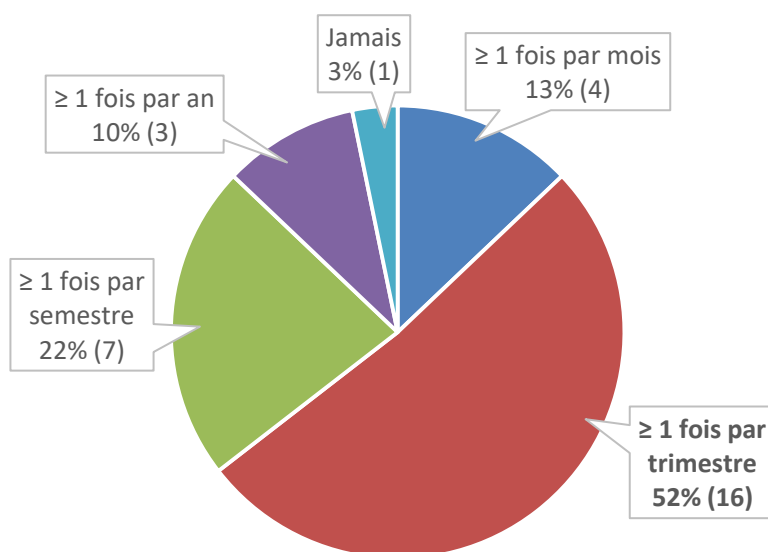
Graphique n°38 : Types de sollicitations de la PTA 37



D. Fréquence des sollicitations

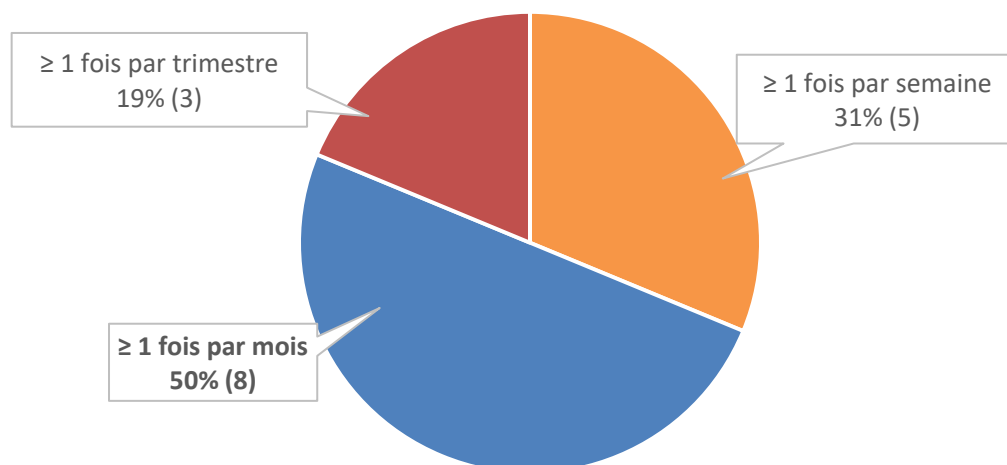
Parmi les 31 MG qui déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 et l'avoir déjà sollicité, une majorité d'entre eux soit 51,61% la sollicitaient régulièrement au moins 1 fois par trimestre (16 répondants), 12,9% au moins une fois par mois (4 répondants), 22,58% au moins une fois par semestre (7 répondants), et 9,68% au moins une fois par an (3 répondants). Un seul médecin a répondu « jamais » à la fréquence à laquelle il sollicitait la PTA 37 (3,23%).

Graphique n°39 : Fréquence estimée de sollicitation de la PTA 37 par les MG l'ayant sollicité (n = 31)



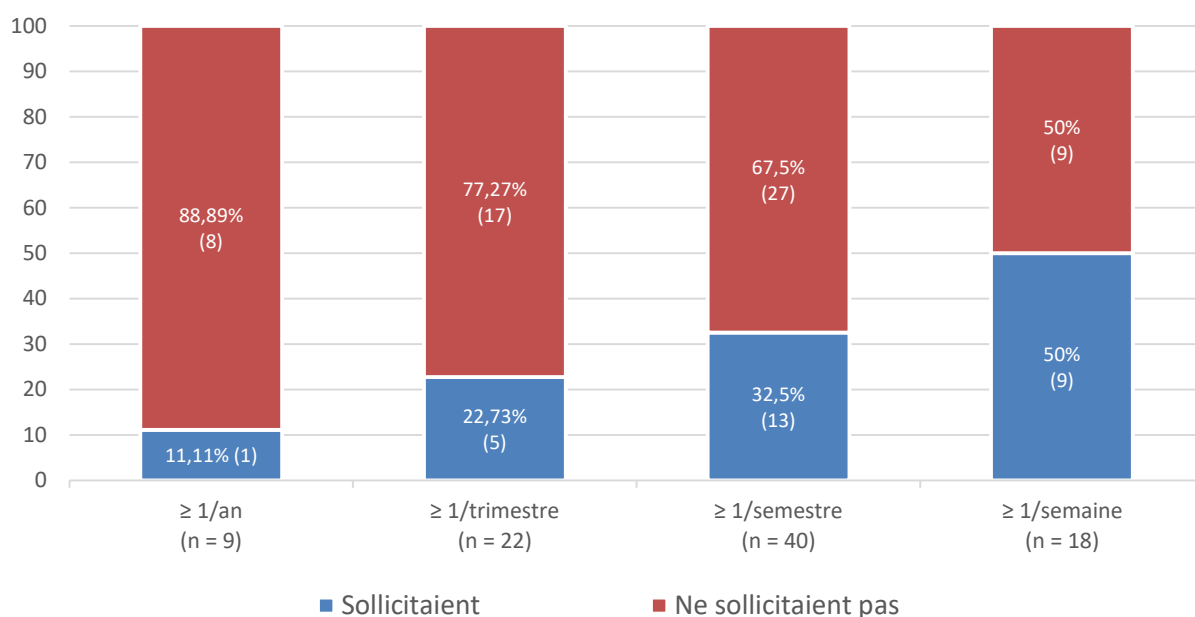
Parmi les 16 médecins qui sollicitaient la PTA 37 au moins 1 fois par trimestre, 8 d'entre eux soit 50% estimaient à au moins 1 fois par mois la fréquence d'un patient en "situation complexe" dans leur pratique quotidienne, 3 d'entre eux à au moins 1 fois par trimestre soit 18,75%, et 5 d'entre eux à au moins 1 fois par semaine soit 31,25% et aucun à au moins 1 fois par an ou jamais.

Graphique n°40 : Fréquence estimée d'un patient en "situation complexe" dans la pratique quotidienne des MG qui sollicitaient la PTA 37 au moins 1 fois par trimestre (n = 16)



11,11% des médecins qui estimaient à au moins 1 fois par an la fréquence d'un patient en "situation complexe" sollicitaient l'aide de la PTA 37 (1 répondant), 22,73% pour les MG qui l'estimaient à 1 fois par trimestre (5 répondants), 32,5% pour les MG qui l'estimaient à 1 fois par mois (13 répondants), et 50% pour les MG qui l'estimaient à 1 fois par semaine (9 répondants), $p = 0.17$.

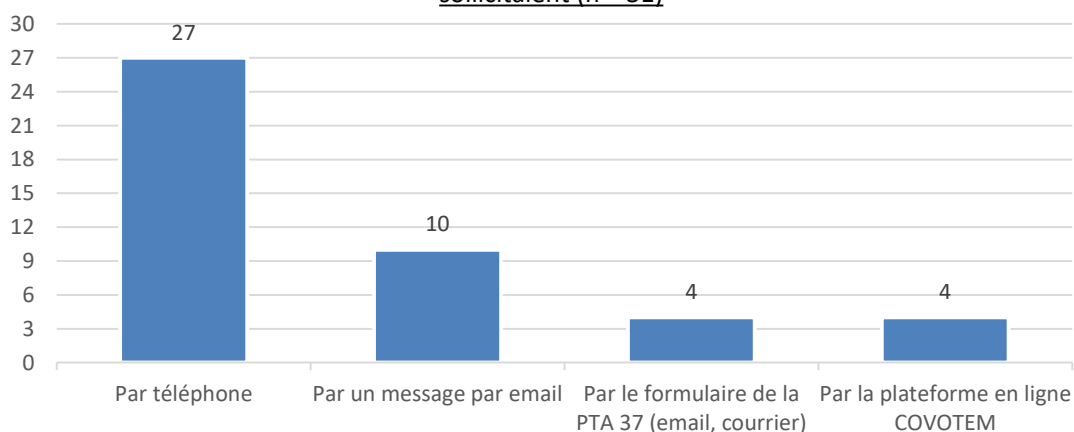
Graphique n°41 : Sollicitation de la PTA 37 en fonction de la fréquence estimée des patients en "situation complexe" dans la pratique des médecins (n = 89)



E. Moyens de sollicitations

Sur les 31 MG qui déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 et l'avoir déjà sollicité, une majorité d'entre eux soit 87% la sollicitaient par téléphone (27 répondants), 32,26% par l'envoi d'un message par mail (10 répondants), 12,9% via le formulaire de la PTA 37 par email ou courrier postal (4 répondants) et via la plateforme collaborative COVOTEM. 87,5% des médecins de plus de 55 ans qui sollicitaient la PTA 37 le faisaient par téléphone (7 répondants sur 8).

Graphique n°42 : Moyens de sollicitation de la PTA 37 des MG qui la sollicitaient (n = 31)



V. Sentiments, critiques et attentes vis-à-vis de la PTA 37

A. Raisons de l'utilité de la PTA 37

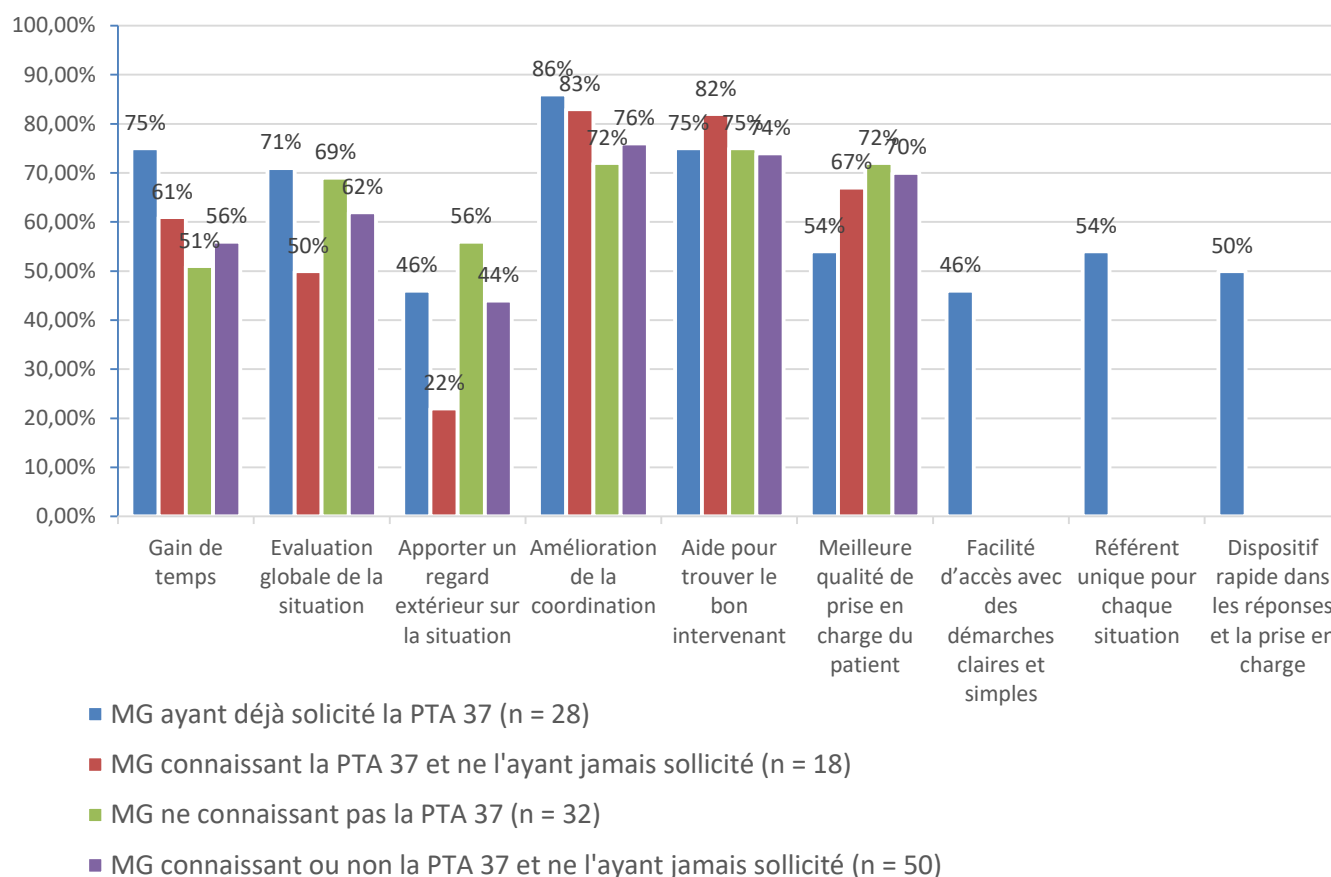
Parmi les 28 MG qui déclaraient avoir déjà sollicité et trouvé utile la PTA 37 dans leur pratique professionnelle, une majorité soit 85,71% la trouvait utile pour l'amélioration de la coordination (24 répondants), 75% estimaient qu'elle était utile car elle apportait une aide pour trouver le bon intervenant (21 répondants), 71,43% car elle leur faisait gagner du temps et le même nombre car elle apportait une évaluation globale de la situation (20 répondants). 53,57% la trouvait utile car elle permettait une meilleure qualité de prise en charge du patient et 53,57% aussi devant l'existence d'un référent unique pour chaque situation (15 répondants). 50% trouvaient ce dispositif utile car rapide dans les réponses et la prise en charge (14 répondants). 46,43% la trouvait utile en raison d'une facilité d'accès avec des démarches claires et simples et aussi car elle permettait d'apporter un regard extérieur sur la situation (13 répondants).

Parmi les 18 médecins qui connaissaient son existence, qui ne l'avait jamais sollicité et qui pensaient que la PTA 37 pouvait être utile, 83,33% estimait que la PTA 37 serait utile en raison d'une amélioration de la coordination (15 répondants), 72,22% en raison de l'aide pour trouver le bon intervenant (13 répondants), 66,67% en raison d'une meilleure qualité de prise en charge du patient (12 répondants), 61,11% en leur faisant gagner du temps (11 répondants), 50% car elle permettrait d'apporter une évaluation globale de la situation (9 répondants) et 22,22% car elle permettrait d'apporter un regard extérieur sur la situation (4 répondants).

Parmi les 32 médecins qui ne connaissaient pas son existence mais qui pensaient à son utilité, 75% estimait que la PTA 37 serait utile en raison de l'aide pour trouver le bon intervenant (24 répondants), 71,88% en raison d'une amélioration de la coordination (16 répondants) et d'une meilleure qualité de prise en charge du patient (16 répondants) et 68,75% en raison d'une évaluation globale de la situation (22 répondants). 56,25% pensait qu'elle serait utile car elle permettrait d'apporter un regard extérieur sur la situation (18 répondants) et 51,13% en leur faisant gagner du temps (17 répondants). Un seul médecin n'a pas voulu se prononcer dans le champ "autre(s)".

Parmi les 50 MG qui connaissaient ou non l'existence de la PTA 37 et qui pensaient qu'elle pouvait-être utile pour leur pratique professionnelle, 76% estimait que la PTA 37 serait utile en raison d'une amélioration de la coordination (38 répondants), 74% en raison de l'aide pour trouver le bon intervenant (37 répondants), 70% en raison d'une meilleure qualité de prise en charge du patient (35 répondants) et 62% en raison d'une évaluation globale de la situation (31 répondants). 56% pensait qu'elle serait utile en leur faisant gagner du temps (28 répondants) et 44% car elle permettrait d'apporter un regard extérieur sur la situation (22 répondants).

Graphique n°43 : Raison(s) de l'utilité de la PTA 37 dans la pratique professionnelle des MG



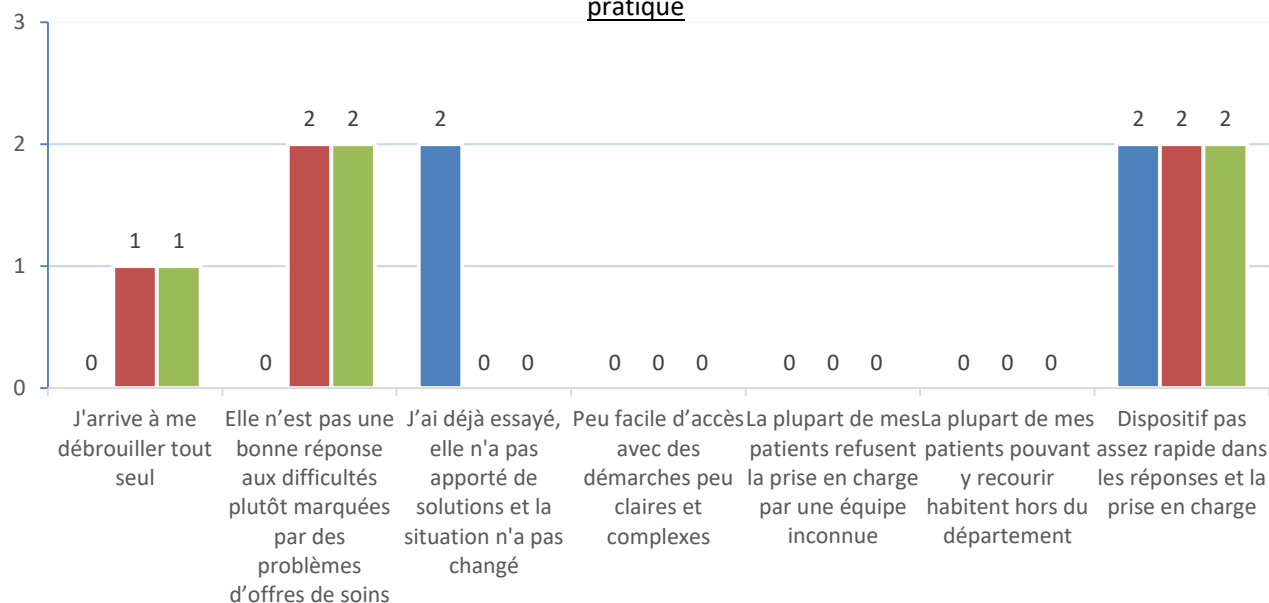
B. Raisons de l'inutilité de la PTA 37

Sur 3 MG qui déclaraient avoir déjà sollicité la PTA 37 et ne pas l'avoir trouvé utile dans leur pratique professionnelle, 2 médecins le justifiaient car elle n'a pas apporté de solutions et que la situation n'a pas changé et 2 pensaient que ce dispositif n'était pas assez rapide dans les réponses et la prise en charge. Aucun médecin justifiait ne pas l'avoir trouvé utile car ils se débrouillaient seul, qu'elle n'était pas une bonne réponse aux difficultés plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins, qu'elle était peu facile d'accès avec des démarches peu claires et complexes, que la plupart de leurs patients refuseraient la prise en charge par une équipe inconnue ou que la plupart de leurs patients pouvant y recourir habitaient hors du département.

En écartant des effectifs le médecin n'ayant pas répondu à la question 13b bis, sur les 3 médecins qui ne connaissaient pas l'existence de la PTA 37 et qui pensaient qu'elle ne serait pas utile dans leur pratique, 2 d'entre eux ont répondu qu'elle n'était pas une bonne réponse, les difficultés étant plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins. 2 médecins ont aussi répondu que ce dispositif ne serait pas assez réactif et rapide dans la prise en charge. 1 seul a répondu qu'il arrivait à se débrouiller seul.

Parmi les 3 médecins qui connaissaient l'existence de la PTA 37, qui ne l'avaient jamais sollicité et qui pensaient qu'elle ne serait pas utile dans leur pratique, 2 d'entre eux ont répondu qu'elle n'était pas une bonne réponse, les difficultés étant plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins. Deux médecins ont aussi répondu que ce dispositif ne serait pas assez réactif et rapide dans la prise en charge. 1 seul médecin a répondu qu'il arrivait à se débrouiller seul.

Graphique n°44 : Raison(s) évoquée(s) par les MG de la non utilité de la PTA 37 dans leur pratique



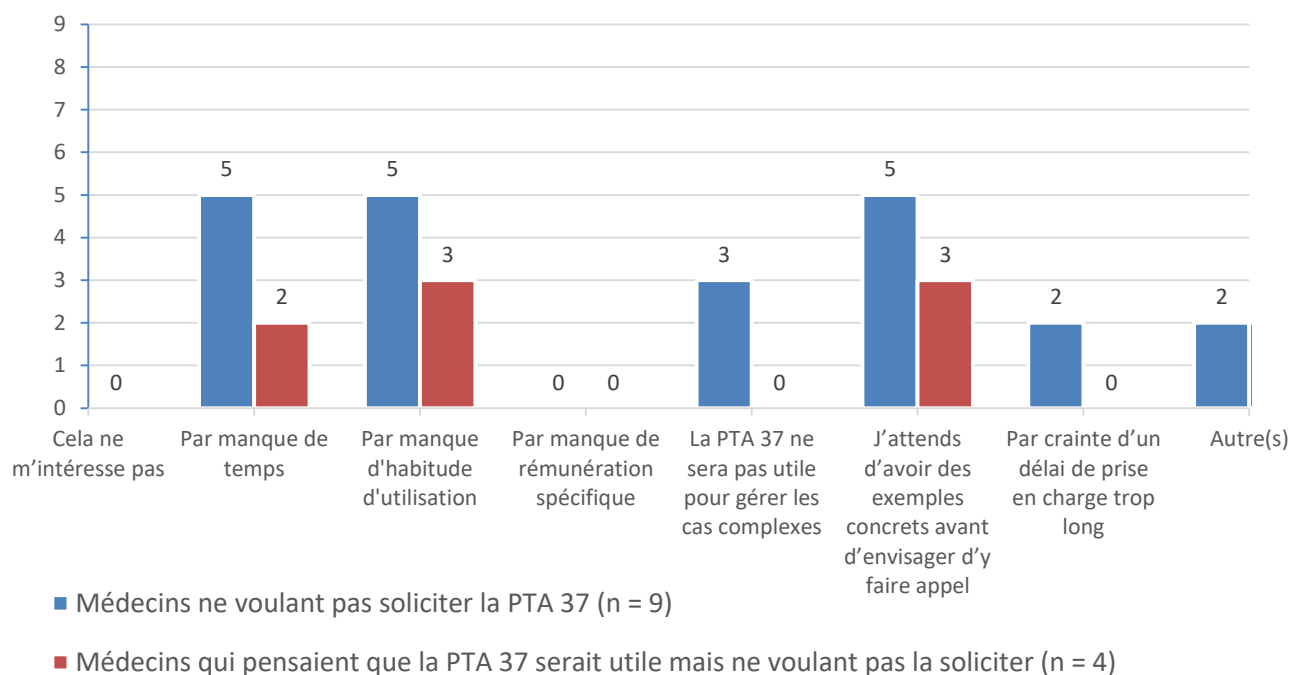
- MG ayant déjà sollicité la PTA 37 (n = 3)
- MG connaissant la PTA 37 et ne l'ayant jamais sollicité (n = 3)
- MG ne connaissant pas la PTA 37 (n = 3)

C. Raisons de ne pas solliciter la PTA 37

Parmi les 9 MG qui déclaraient ne pas vouloir la solliciter, 55,56%, le justifiait par manque de temps (5 répondants), par manque d'habitude d'utilisation (5 répondants) et vouloir attendre d'avoir des exemples concrets avant d'envisager d'y faire appel (5 répondants), un tiers pensait ne pas la solliciter car elle ne sera pas utile pour gérer les cas complexes (3 répondants) et 22,22% par crainte d'un délai de prise en charge trop long (2 répondants). Un seul médecin a répondu que cela ne l'intéressait pas. Aucun médecin n'a répondu par manque de rémunération spécifique pour le temps passé à les contacter. Un médecin a répondu dans le champ "autre(s)" à cause d'horaires peu en adéquation avec la pratique courante et un autre car elle était remplaçante pour le moment.

Parmi les 4 MG qui pensaient qu'elle serait utile pour leur pratique professionnelle mais déclarant ne pas vouloir la solliciter, 3 autres justifiaient ne pas vouloir la solliciter par manque d'habitude d'utilisation, 3 répondants qu'ils attendaient d'avoir des exemples concrets avant d'envisager d'y faire appel et 2 par manque de temps.

Graphique n°45 : Raisons évoquées de ne pas envisager solliciter la PTA 37



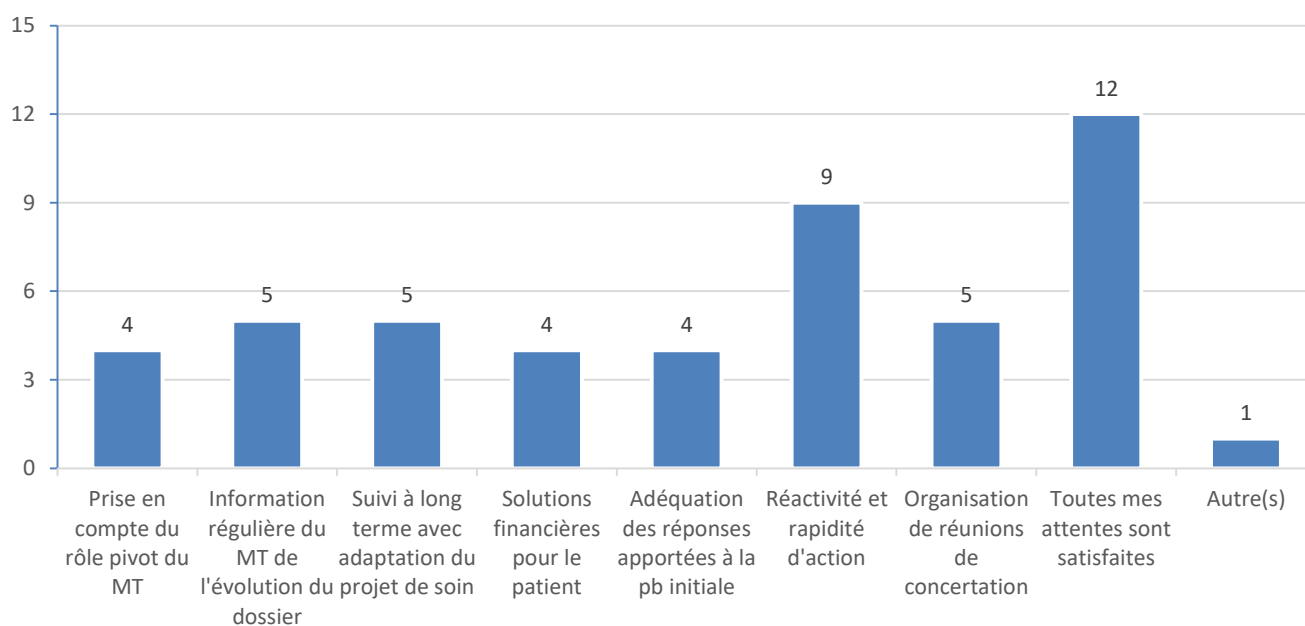
D. Attentes des MG

Sur les 31 MG qui déclaraient connaître l'existence de la PTA 37 et l'avoir déjà sollicité, 38,71% estimaient que toutes leurs attentes étaient satisfaites par la PTA 37 (12 répondants sur 31). 29,03% estimaient que la réactivité et la rapidité d'action de la PTA 37 ne les satisfaisaient pas (9 répondants sur 31). Respectivement 16,13% des médecins déclaraient que l'information régulière du médecin traitant de l'évolution du dossier, le suivi à long terme avec adaptation du projet de soin et l'organisation de réunions de concertation avec les professionnels/structures intervenants autour du patient faisaient partie de leurs attentes non satisfaites par la PTA 37 (5 répondants sur 31).

12,9% estimaient que la prise en compte du rôle pivot du médecin traitant, l'adéquation des réponses apportées à la problématique initiale et l'apport de solutions financières pour le patient étaient une attente à leurs situations non satisfaite par la PTA 37 (4 répondants sur 31).

Un médecin a répondu dans le champ "autre(s)" que ses attentes n'étaient pas satisfaites à cause du refus d'aide de la famille ou du patient ou en raison de problèmes financiers, cette réponse sortait du cadre de la question.

Graphique n°46 : Attente(s) des MG qui utilisaient la PTA 37 (n = 31)

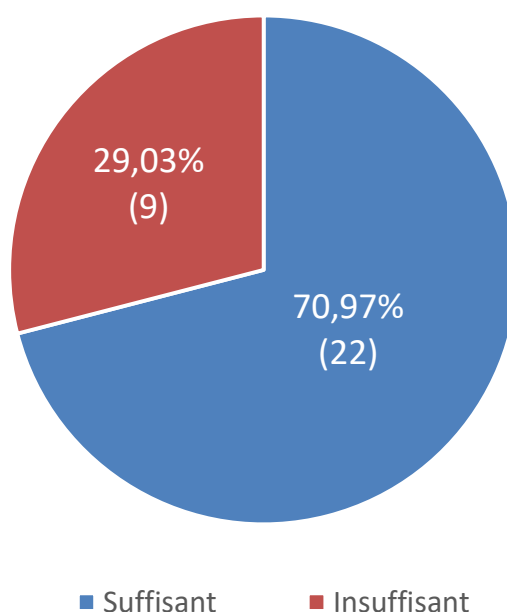


E. Critique sur les retours d'informations de la PTA 37

a) Qualité du retour d'informations

Sur les 31 MG ayant déjà sollicité la PTA 37, une majorité soit 70,97% estimaient suffisant le retour d'informations de la PTA 37 (22 répondants sur 31) contre 29,03% qui l'estimaient insuffisant (9 répondants sur 31).

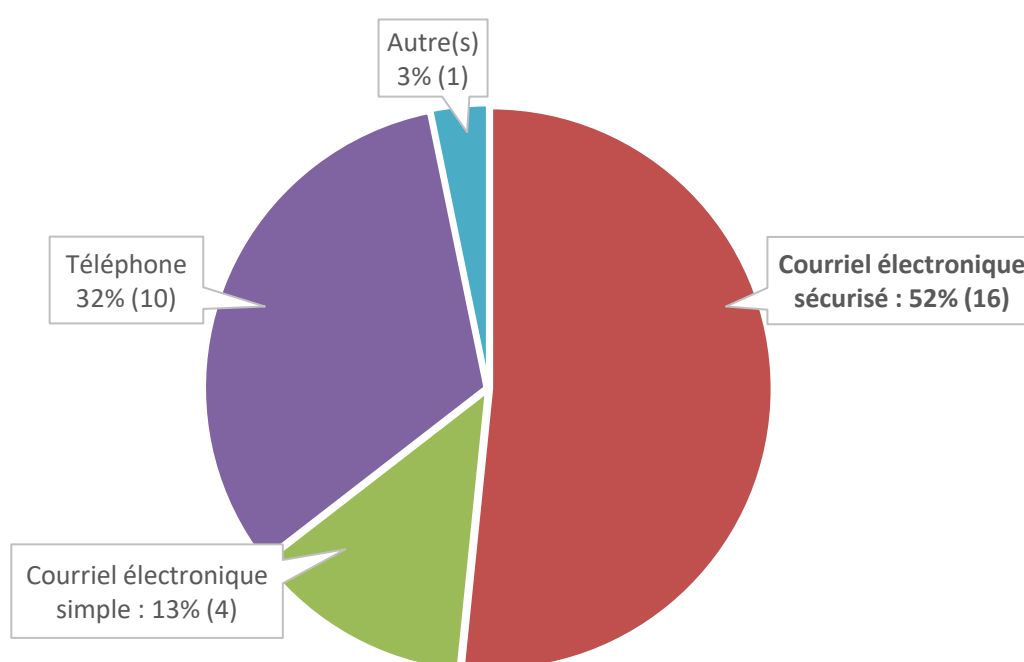
Graphique n°47 : Estimation de la qualité du retour d'informations de la PTA 37 par les MG l'ayant sollicité (n = 31)



b) Moyens préférés des MG pour les retours d'informations

51,61% des MG ayant sollicité la PTA 37 préféraient l'usage d'un courriel électronique sécurisé (ex : Apicrypt, MSSanté) pour les retours d'informations (16 répondants sur 31), 32,26% le téléphone (10 répondants sur 31) et 12,9% un courriel électronique simple (4 répondants sur 31). Un médecin n'a pas répondu précisément à la question après avoir déclaré plusieurs moyens de retour d'informations dans le champ "autre(s)".

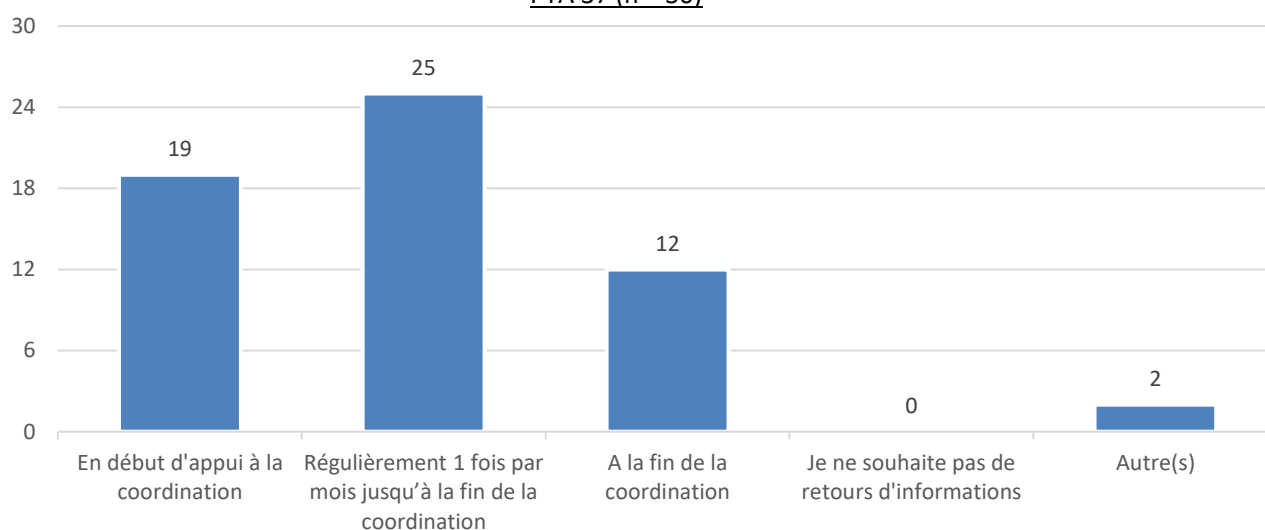
Graphique n°48 : Moyen préféré pour les retours d'informations des MG ayant sollicité la PTA 37 (n = 31)



c) Fréquence souhaitée par les MG pour les retours d'informations

Les 30 médecins qui ont répondu jusqu'à la question 22a ayant sollicité la PTA 37 ont souhaité un retour d'information régulier. 83,33% déclaraient souhaiter des retours d'informations 1 fois par mois jusqu'à la fin de la coordination (25 répondant sur 30), 63,33% en début d'appui à la coordination (19 répondants sur 30) et 40% à la fin de la coordination (12 répondants sur 30), deux médecins ont répondu respectivement dans le champ "autre(s)" souhaiter des retours d'informations en cas de modification importante de la situation notamment sociale et plusieurs fois dans l'année si le dossier est non clôturé.

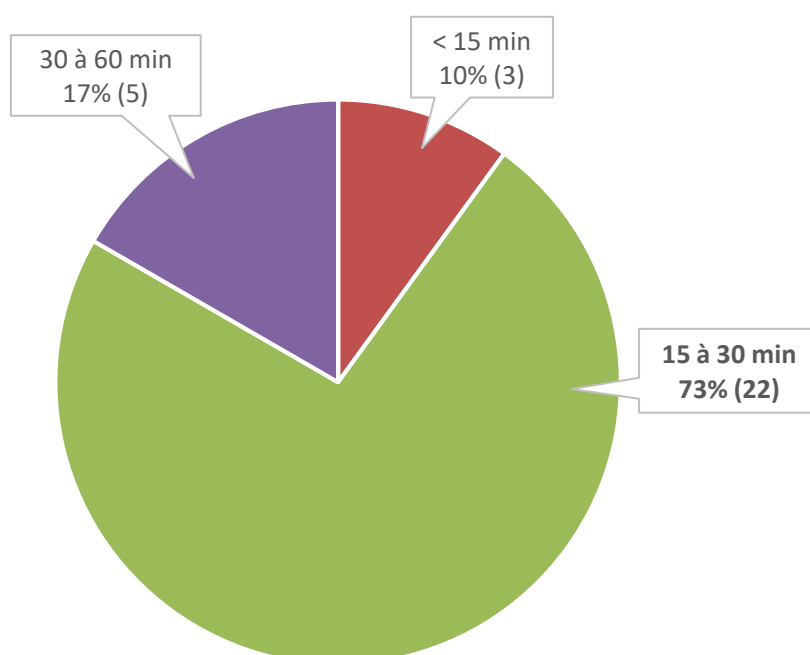
Graphique n°49 : Fréquence souhaitée par les MG pour les retours d'informations de la PTA 37 (n = 30)



F. Temps de travail des MG pour chaque situation avec la PTA 37

75,33% des médecins ayant répondu jusqu'à la question 22a et qui sollicitaient la PTA 37 étaient prêts à consacrer 15 à 30 min de leur temps de travail au total pour chaque situation (22 répondants), 16,67% de 30 à 60 min (5 répondants) et 10% moins de 15 min (3 répondants). Aucun médecin n'a répondu être prêt à consacrer plus de 60 min de son temps de travail au total pour chaque situation.

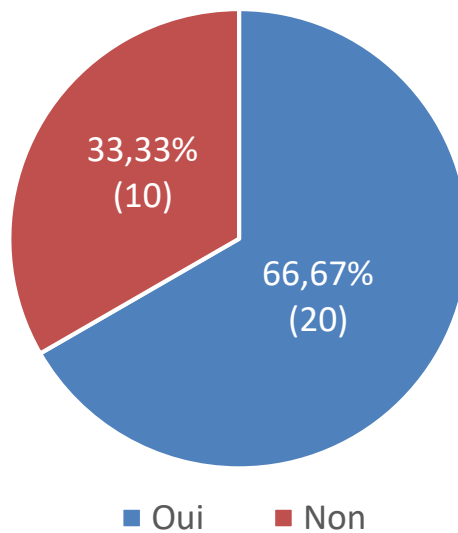
Graphique n°50 : Estimation par les MG du temps de travail total qu'ils étaient prêts à consacrer pour chaque situation avec la PTA 37 (n = 30)



G. Accord du MT pour débiter un appui à la coordination

Parmi 30 MG ayant répondu jusqu'à la question 22a et ayant déjà sollicité la PTA 37, 66% sont favorable à l'obligation d'avoir l'accord du médecin traitant pour débiter un appui à la coordination quand celui-ci n'est pas le demandeur (20 répondants).

Graphique n°51 : Favorabilité des MG sur l'obligation d'avoir l'accord du MT pour débiter un appui à la coordination quand il n'est pas le demandeur (n = 30)

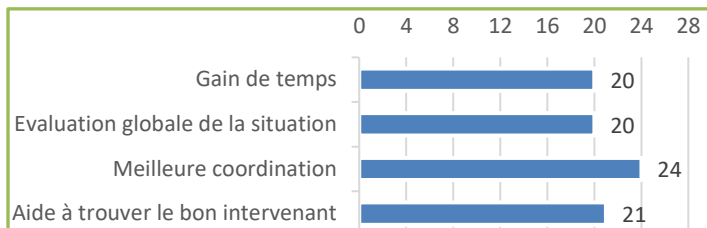


SYNTHESE

Etat des lieux de la connaissance, de l'utilisation et de la perception de la PTA 37 par les médecins généralistes d'Indre et Loire

38% estimaient que toutes leurs attentes étaient satisfaites par la PTA 37 mais 29% souhaitaient qu'elle soit plus réactive et rapide dans ses actions

Ils trouvaient la PTA 37 utile car :



100% souhaitaient des retours d'informations réguliers de la part de la PTA 37
83% le souhaitaient 1 fois par mois jusqu'à la fin de la coordination
52% souhaitaient ces retours d'informations par messagerie sécurisée
73% étaient prêts à consacrer 15 à 30 min de leurs temps de travail avec la PTA 37

Sur 90
MEDECINS
GENERALISTES

60%
(54)

Connaissaient
la PTA 37

58%
(31)

Sollicitaient
la PTA 37

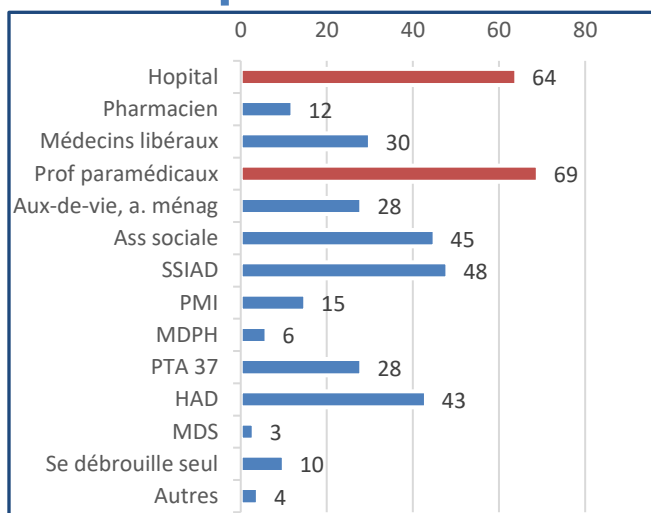
90%
(28)

Trouvaient utile
la PTA 37

93% ressentait des difficultés lors de la gestion d'une "situation complexe"

65% avaient entre 1 et 4 "situations complexes" par mois dans leur pratique

Ils demandaient de l'aide à :



Ceux qui connaissaient surtout la PTA 37 étaient ($p < 0,05$) :

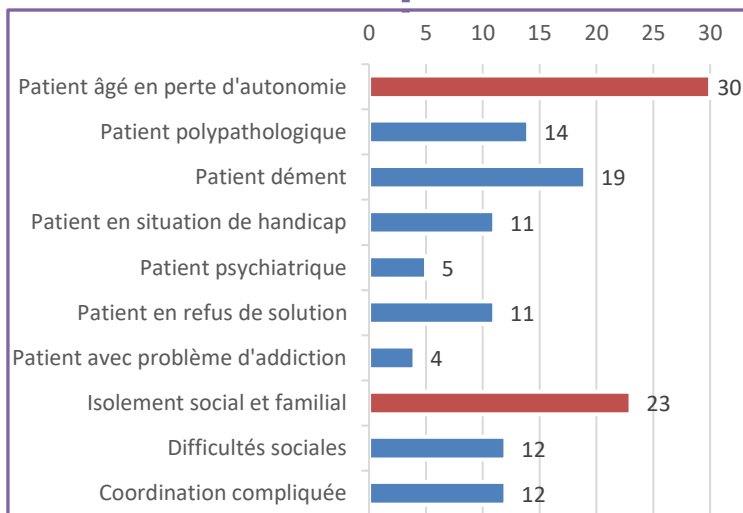
- installés
- en territoire rural
- membres d'une CPTS
- MSU

87% l'ont sollicitée par téléphone
52% l'ont sollicitée au moins 1 fois/3 mois

Ceux qui sollicitaient surtout la PTA 37 avaient tendance à être ($p = 0,07$) :

- installés

Ils sollicitaient la PTA 37 pour :



DISCUSSION :

L'étude présentait plusieurs biais de recrutement. 456 MG (86,53%) de la population cible n'ont donné aucune réponse aux sollicitations (non exhaustivité). Il est possible que ces MG connaissent ou utilisent et/ou percevaient négativement/positivement la PTA 37 par rapport aux participants. Malgré la grande diversité de la population étudiée (âge, lieu d'exercice, sexe, etc...), cette étude n'était pas suffisamment représentative de la réalité démographique. La taille de la population cible ne permettait pas une diffusion du questionnaire par voie postale pour des raisons financières, et l'effectif cible était trop important pour envisager un recrutement en présentiel. L'utilisation du listing des mails de la PTA 37 a induit un biais de recrutement mais l'utilisation du listing des mails des CPTS a permis de limiter ce biais.

Si le manque de puissance statistique constituait une limite à l'analyse des résultats, les taux de réponse étaient néanmoins proches des taux habituels dans un travail de ce type. De plus, nous avons utilisé des questions fermées pour l'ensemble de notre questionnaire afin d'offrir une rapidité de réponse aux médecins interrogés pour augmenter leur taux de participation et faciliter le recueil des données exploitables. Pour chaque question, les éléments de réponses se sont appuyés sur ceux cités le plus fréquemment dans la littérature ou paraissant les plus à même d'être choisis par les MG. Malheureusement aucune liste de réponses ne peut être réellement exhaustive. L'item « autre(s) » a donc été proposé pour ceux qui souhaitent préciser ou ajouter certains points non mentionnés parmi les propositions.

Il s'agit d'une étude originale, intégrant un projet de diagnostic de terrain sur la connaissance et de la perception des MG de l'Indre-et-Loire au sujet de la PTA 37 peu de temps après sa création en continuité avec le développement du PAERPA. Aucune étude n'a été retrouvée sur le territoire de l'Indre-et-Loire analysant le ressenti des médecins ou leurs connaissances sur les structures d'aide ou d'appui à la coordination en cas de "situation complexe".

Dans notre étude, la majorité des MG connaissent l'existence de la PTA 37 avant le questionnaire. Être installé, MSU, adhérent d'une CPTS et exercer en milieu rural, était significativement associé au fait de connaître la PTA. D'après le rapport d'activité 2019 de la PTA 37, 60% des MG ont été rencontrés par la PTA 37 au 31/12/2019, ces chiffres sont en concordance avec les résultats de notre étude. Les gouvernements et les réformes successives ont visé à favoriser et développer les PTA dans chaque département depuis 2016 [13]. Sur une précédente étude de 2018 concernant la PTA Vexin Seine Normandie, parmi 38 MG interrogés, 42,42% déclarent avoir connaissance de la création d'une PTA sur leur territoire d'exercice 2 mois avant sa mise en service [29]. Ce taux était plus élevé dans notre étude, probablement grâce au PAERPA préexistant à la PTA, et

grâce au développement des CPTS en Indre et Loire (le département étant déjà complètement maillé de CPTS lors de l'étude). Les CPTS participent à la gouvernance de la PTA et favorisent la transmission d'information vers les professionnels de santé libéraux. Le temps et les moyens de communication mis en place ont une importance sur la connaissance des MG. Comme le souligne le travail récent à propos de la création de la PTA Caux-Dieppe-Vallée, 90% des MG interrogés connaissent son existence 21 mois après sa création, essentiellement grâce au courriel et aux soirées d'informations [42]. En 2019, la moitié des demandes d'appui à la coordination provenait de professionnels de santé libéraux dont 78% de MT. La CPTS O'Tours, sur le territoire de l'agglomération tourangelle, est plus récente que les CPTS en milieu rural. Cela pourrait expliquer que le fait d'exercer en rural était associé à une meilleure connaissance de la PTA. Les médecins remplaçants ne sont pas identifiés par les différentes institutions, ils ne sont pas destinataires des informations telle que l'existence de la PTA. Concernant la meilleure connaissance de la PTA par les MSU, le niveau de formation et de compétences souvent élevé des nouvelles générations d'étudiants, motive les MSU pour leur propre développement professionnel et entraîne ainsi une meilleure efficacité de leur formation continue, une stimulation intellectuelle, une curiosité nouvelle et une mise à jour de leurs connaissances grâce aux échanges avec les internes. Ils en retirent ainsi un véritable enrichissement professionnel par un perfectionnement permanent de leurs connaissances [37 ; 38]. Nous pourrions imaginer que les MSU ont une meilleure connaissance des dispositifs. Les MG connaissaient les principales missions de la PTA 37 mais une quantité non négligeable de MG pensait que la PTA 37 avait pour mission des tâches sociales ou sociétales plus large comme la prise en charge globale du patient, l'ouverture de droit, d'aides financières ou humaines. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas de formation dans le domaine social et ne se sentent donc pas légitimes pour en assurer la prise en charge [32]. Malgré une politique volontariste pour rencontrer les MG d'Indre et Loire, la mise en place récente de la PTA lors de notre étude (8 mois d'existence) et la crise du Covid-19 ont pu ralentir la connaissance des généralistes de ce dispositif. Une réflexion pourrait être menée sur la communication des services de la PTA auprès des professionnels de santé libéraux dans leur ensemble, avec une attention particulière envers les remplaçants, en informant par exemple leur association RemplaCentre, et les internes lors de la formation initiale.

La sollicitation de la PTA 37 était intimement liée à la connaissance de celle-ci. L'intérêt de promouvoir la connaissance de l'existence de la PTA 37 auprès des MG est donc un enjeu majeur pour la sollicitation de celle-ci. Il n'y avait pas de lien avec l'âge, le territoire d'exercice, le sexe, le fait d'être MSU ou l'adhésion à une CPTS des MG. Par contre, être installé était une tendance associée au fait de solliciter la PTA 37. D'après la thèse de Robin A, pour le médecin remplaçant la prise en charge ponctuelle, la méconnaissance du patient et de son dossier médical sont des freins à sa prise en charge. Dans cette même étude, les médecins remplacés notent le manque d'implication de certains médecins remplaçants qui se contentent du renouvellements de

traitements chroniques sans organiser le suivi du patient avec des consultations de courte durée et un appât du gain qui peut pousser le remplaçant à enchaîner ses consultations au détriment de la qualité des soins [39]. Le paiement uniquement à l'acte des remplaçants ne favorise pas la prise en charge globale et la continuité des soins. Du point de vue du médecin remplaçant, il est parfois difficile de trouver sa place, entre exercer sa propre médecine, ou bien essayer de copier la pratique du médecin remplacé, les raisons étant un manque de confiance en soi, la peur du jugement du médecin remplacé, l'influence des autres médecins dans un cabinet de groupe, ne pas déstabiliser le patient, ou encore altérer la relation médecin-patient. Certains médecins remplaçants se sentent ainsi limités dans leur liberté d'action, prenant des décisions qu'ils n'auraient pas prises pour leurs propres patients [40]. Des échanges réguliers entre médecins remplaçant et installé au sujet de la prise en charge pourrait peut-être permettre à l'un et l'autre d'exprimer de ses attentes vis-à-vis de l'autre, et ainsi une plus grande implication des remplaçants dans la gestion des situations complexes.

Les sollicitations de la PTA étaient régulières pour les MG utilisateurs, elles s'effectuaient majoritairement par téléphone. Dans une étude récente, parmi 94 professionnels de santé interrogés, 87% estiment que le téléphone est le support le plus pertinent pour interagir avec la PTA et 57% les mails [29]. Les raisons pour solliciter la PTA sont nombreuses. D'après une étude de 2019, 65% des professionnels de santé interrogés estiment qu'une situation complexe peut être liée à la prise en charge d'une personne âgée [29]. Dans notre étude, la très grande majorité des MG interrogés déclarait la solliciter pour des patients âgés en perte d'autonomie et pour des patients en isolement social et familial dont absence d'aidant. Comme l'ont souligné les résultats de la thèse de C. TANQUEREL, 54% des médecins interrogés rencontrent «souvent» des situations complexes en gériatrie [32]. En France, l'espérance de vie s'allonge, transformant les maladies aiguës en maladies chroniques et engendrant de nouvelles problématiques de santé, dont l'accompagnement de la perte d'autonomie [35]. Les personnes âgées constituent ainsi une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. La polypathologie est plus complexe chez les personnes âgées que chez les jeunes pour des raisons inhérentes à la personne âgée avec la diminution de la réserve fonctionnelle d'organe et le risque de décompensations organiques et fonctionnelles « cascade » et pour des raisons inhérentes à sa prise en charge. La polypathologie doit être considérée dans le contexte de la personne. La prise en charge d'une polypathologie ne se résume pas à l'addition de monopathologies. La présentation clinique des pathologies est différente et le nombre de maladies concomitantes est plus élevé, la polymédication, souvent nécessaire est plus importante, le risque iatrogène aussi. Le nombre d'intervenants est plus élevé, avec un risque de fragmentation des soins, avec la nécessité d'assurer la continuité des soins et leur coordination [31 ; 36]. La complexité d'une situation vient d'ailleurs bien souvent plus d'une problématique mêlant le médical et le social.

La gestion d'une "situation complexe" était fréquente dans la pratique des MG d'Indre et Loire, plusieurs fois par mois pour la majorité d'entre eux. Cette fréquence est très variable dans la littérature et varie en fonction des professionnels de santé et du territoire. Dans une étude similaire de 2019 dans le Douaisis, 94 professionnels de santé interrogés rencontrent en moyenne 4 situations complexes par mois (IDE, médecins et pharmaciens principalement) [29]. De même en Normandie parmi 38 MG interrogés, la moitié déclare présenter au moins 4 situations jugées complexes par an [28]. La gestion d'une "situation complexe" se compose de plusieurs étapes : identification et évaluation de la complexité, élaboration d'un pré-plan personnalisé de santé (PPS), finalisation du PPS puis réorientation vers des dispositifs de coordination existants [32]. Les causes ressenties des MG à une situation complexe sont multiples, on retrouve par exemple la méconnaissance des structures ou des personnes ressources et la multiplicité des intervenants [29].

Dans notre étude, les MG étaient confiants à l'idée que la PTA 37 leur rende service. La grande majorité la trouvait utile dans leur pratique professionnelle et ceux ne l'ayant jamais sollicité pensaient majoritairement qu'elle le serait. Dans la thèse de C. PIOT-JOURDAIN à propos de la PTA Caux-Dieppe-Vallée, la PTA est utile dans la prise en charge de patients complexes dans leur pratique professionnelle pour 73% des médecins interrogés [42]. L'amélioration de la coordination, l'aide pour trouver le bon intervenant, l'évaluation globale d'une situation ou le gain de temps font partie des principales raisons, ce qui est retrouvé dans d'autres études [30 ; 42]. L'évaluation globale constitue une étape indispensable avant toute coordination et sa difficulté peut être en lien avec le manque de temps pour la réaliser ou la récurrence des réévaluations [33]. En raison de la présence de facteurs de complexité ne relevant pas du domaine médical et la diversité et la multiplicité des professionnels et des dispositifs existants, les MG ne peuvent souvent pas la réaliser seul. Pour répondre à ces problématiques, il existe des solutions en s'adaptant aux contraintes du médecin traitant : fédérer les ressources existantes plutôt que d'en créer de nouvelles, favoriser le travail d'équipe et de coopération pour une intégration des soins par l'organisation des professionnels de premiers recours en exercice coordonné, optimiser les contraintes de temps et d'espace en communiquant avec des outils simples et rapides qui s'intègrent aux logiciels métier existants pour ne pas créer de nouvelles difficultés, proposer aux MG de participer à des réunions de concertation pluridisciplinaires sur des thématiques de prise en charge, la représentation par un coordinateur d'appui, la communication par téléphone ou tout autre moyen de communication. La majorité des MG qui sollicitaient la PTA 37 étaient prêts à accorder une part non négligeable de leur temps de travail avec la PTA 37 pour la gestion et la coordination d'une situation qu'ils estimaient "complexe". La valorisation financière du temps passé à la coordination de ces situations inciterait le MG à libérer davantage de temps d'activité de consultation au profit d'activité de coordination [30 ; 32]. La PTA aide à la coordination des parcours, avec un appui à l'évaluation et des informations sur les ressources disponibles en Indre et Loire [13]. L'enjeu est d'intégrer à la pratique des MG ce nouvel outil facilitant l'accès à des ressources méconnues.

Deux tiers des médecins ayant sollicité la PTA 37 estimaient que leurs attentes vis-à-vis de la PTA 37 n'étaient pas satisfaites, notamment en termes de réactivité et de rapidité, et certains MG pensaient que la PTA n'était pas une réponse face aux difficultés plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins. Ces avis sont aussi exprimés dans la littérature par d'autres MG au sujet de la réponse des PTA à leurs difficultés [29]. L'accès aux hospitalisations ou aux consultations spécialisés dans des délais raisonnables peut entraîner des retards diagnostics, aggraver l'état de santé du patient et provoquer des passages aux urgences ou des hospitalisations. Il est nécessaire d'en tenir compte dans l'approche globale du parcours de soins [30]. L'information régulière du MT sur l'évolution du dossier et l'adaptation à long terme du projet de soin font aussi partie des attentes des MG [29 ; 42]. Ils souhaitaient tous un retour d'information régulier de la part de la PTA 37 de préférence par courriel électronique. La durée moyenne en jours des appuis de la PTA 37, de la date de réception de la demande à la date de la clôture, est de 80 jours pour les dossiers clôturés en 2019. Recevoir entre 2 à 3 retours d'information pour chaque situation était donc un souhait formulé par la majorité des MG de notre étude. Les moyens de communication ont été débattus dans la littérature, un des moyens privilégiés reste le mail [32]. Ce moyen de communication va dans le sens du déploiement des Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) visant à faciliter l'échange, le partage d'informations et la communication dématérialisée entre les intervenants dans le parcours de vie des usagers [34]. Un outil de coordination, Médiatteam, est développé actuellement en région Centre par le Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADEs), en lien avec le logiciel de la PTA [41]. Dans notre étude, les MG étaient favorables à l'obligation d'avoir l'accord du MT pour débiter un appui à la coordination quand celui-ci n'est pas le demandeur. La place centrale du médecin comme porte d'entrée dans le dispositif de la PTA a été soulignée dans la littérature [29 ; 33]. Le médecin généraliste, au sein de l'Equipe de Soins Primaires, garde un rôle crucial de coordination des soins.

CONCLUSION :

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont été créées pour apporter un soutien aux professionnels de ville dans l'organisation des parcours de santé complexe. Bien qu'elles constituent des modalités de soutien aux professionnels de premier recours, les MG ne les connaissent pas forcément et n'y ont pas toujours recours. Notre étude a permis de réaliser un premier état des lieux de la connaissance, de l'utilisation et de la perception de 90 MG d'Indre-et-Loire vis-à-vis de la PTA 37 en continuité avec le développement du PAERPA, peu de temps après sa création. Malgré la faible représentativité de la réalité démographique et le manque de puissance statistique, cette étude originale est une première en la matière dans le département.

Une légère majorité des MG d'Indre-et-Loire connaissent l'existence de la PTA 37 avant le questionnaire. Elle reste cependant méconnue pour beaucoup d'entre eux. Les CPTS favorisent la transmission d'information vers les professionnels de santé libéraux et font partie des facteurs prédisposant à la connaissance de la PTA. La participation des MG à l'enseignement universitaire et l'installation en territoire d'exercice rural participent aussi à la meilleure connaissance de ce dispositif. A l'inverse, les MG remplaçants ont une moins bonne connaissance de la PTA. Pour mieux la connaître et mieux l'utiliser, l'intérêt est de promouvoir davantage la PTA 37 auprès des MG d'Indre-et-Loire avec une attention particulière pour les MG remplaçants en s'aidant par exemple de courriel ou de soirées d'informations. N'oublions pas que les moyens de communication mis en place avec le temps ont une importance sur la diffusion de l'information et que celle-ci a pu être ralentie avec l'épidémie COVID-19.

L'existence de situations dites « complexes » est une réalité confirmée par les MG de notre étude. L'usage des dispositifs d'appui à la coordination varie en fonction des territoires, des professionnels et des pratiques. Elle leur apporte pourtant l'aide nécessaire et le soutien pour trouver des solutions, évaluer la situation, améliorer la coordination, aider à trouver le bon intervenant et faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en "situation complexe". En effet, l'évaluation de ces situations nécessite parfois une expertise et une polyvalence collective. Un des enjeux de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 est d'offrir des fonctions d'appui et un point de contact et d'accès unique aux professionnels pour recentrer le système de santé sur les soins de proximité à partir du MG. Ce besoin d'appui à la coordination est d'autant plus prégnant que l'espérance de vie s'allonge, transformant les maladies aiguës en maladies chroniques et engendrant de nouvelles problématiques de santé. Pour satisfaire les attentes des MG, la PTA 37 devra cependant fournir une information régulière de l'évolution du dossier en privilégiant des outils de communication simples et rapides comme la messagerie sécurisée ou le téléphone. Elle doit aussi se montrer plus efficace en termes de réactivité et de rapidité d'action. La PTA 37 semble être la solution de coordination attendue par les MG. L'intérêt du guichet unique fait de la PTA 37 un outil simple et rapide. Les MG sont d'ailleurs prêts à consacrer du temps avec elle pour la gestion et la coordination de cas « complexes ».

Annexe 1 : Questionnaire adressé en ligne aux MG recrutés

Etat des lieux de la connaissance, de l'utilisation et de la perception de la PTA 37 par les médecins généralistes d'Indre et Loire

Ce questionnaire s'intègre dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale de la Faculté de Tours.

Il a pour but de réaliser un état des lieux de la connaissance et de la perception des médecins généralistes vis-à-vis de la PTA 37.

Les médecins généralistes installés ou remplaçants en Indre-et-Loire sont invités à participer à l'étude. La durée estimée pour remplir le questionnaire est d'environ 5 minutes (24 questions maximum). Les résultats de l'étude à publier dans la thèse vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Avec nos remerciements.

Emilien BECH, étudiant en thèse / Dr Alice PERRAIN, directrice de thèse (médecin généraliste à La Croix-en-Touraine)

Voici une explication des PTA pour vous aider dans le questionnaire :

Selon l'Art. 74 de la loi de modernisation du système de santé, les PTA apportent "des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours".

La PTA 37 intervient uniquement sur sollicitation des professionnels à un niveau départemental et se limite aux personnes résidant en Indre-et-Loire. Elle centralise et traite l'ensemble des situations jugées complexes par les professionnels afin de leur apporter l'appui nécessaire, en informant et orientant vers les ressources appropriées et en facilitant la coordination avec l'ensemble des intervenants, pour permettre à la personne qu'ils soignent ou accompagnent de rester à son domicile le plus longtemps possible, quel que soit son âge, sa pathologie, son handicap. Elle est ouverte du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, joignable par un numéro et une messagerie unique.

Vous, en tant que praticien

Q1 : Vous êtes un(e) :

- Homme
- Femme

Q2 : Quel âge avez-vous ?

- moins de 35 ans
- de 35 à 55 ans
- plus de 55 ans

Q3 : Territoire d'exercice :

- rurale
- semi-rurale
- urbaine

Q4 : Vous exercez :

- en cabinet individuel
- en association, cabinet de groupe
- en maison de santé pluriprofessionnelle
- je suis remplaçant(e)

Q5 : Faites-vous partie d'une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ?

- Oui
- Non

Q6 : Vous êtes installé(e) dans l'Indre-et-Loire depuis :

- moins de 5 ans
- de 5 à 15 ans
- de 15 à 25 ans
- plus de 25 ans
- je ne suis pas installé(e)

Q7 : Êtes-vous maître de stage universitaire ?

- Oui
- Non

Connaissance de la PTA 37 et des dispositifs d'aide à la coordination présents dans le territoire, difficultés d'une situation complexe par le MG

Q8 : En cas de "situations complexes", à qui demandez-vous de l'aide ?

- Hôpital
- Pharmacien
- Médecins libéraux
- Professionnels paramédicaux (infirmier(e) libéral(e), psychologue...)
- Auxiliaire de vie ou aide-ménagère
- Assistante sociale de secteur
- S.S.I.A.D. (Services de Soins Infirmiers A Domicile)
- P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile)
- M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- P.T.A. 37 (Plateforme Territoriale d'Appui de l'Indre-et-Loire)
- H.A.D. (Hospitalisation A Domicile)
- M.D.S. (Maison Départementale de la Solidarité)
- Je me débrouille seul(e)
- Autre(s) :

Q9 : Ressentez-vous parfois des difficultés lors de la gestion d'une "situation complexe" ?

- Oui
- Non

Q10 : Quelle est la fréquence estimée d'un patient en "situation complexe" dans votre pratique quotidienne ?

- Au moins 1 fois par semaine
- Au moins 1 fois par mois
- Au moins 1 fois par trimestre
- Au moins 1 fois par an
- Jamais

Q11 : Avant de répondre à ce questionnaire, connaissiez-vous l'existence de la PTA 37 ?

- Oui
- Non

1) SI RÉPONSE NON à Q11 :

Vos commentaires, sentiments, critiques

Q12b : La PTA 37 peut-elle être utile pour votre pratique professionnelle ?

- Oui
- Non

RAPPEL : Voici une explication des PTA pour vous aider dans le questionnaire :

Selon l'Art. 74 de la loi de modernisation du système de santé, les PTA apportent "des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours".

La PTA 37 intervient uniquement sur sollicitation des professionnels à un niveau départemental et se limite aux personnes résidant en Indre-et-Loire. Elle centralise et traite l'ensemble des situations jugées complexes par les professionnels afin de leur apporter l'appui nécessaire, en informant et orientant vers les ressources appropriées et en facilitant la coordination avec l'ensemble des intervenants, pour permettre à la personne qu'ils soignent ou accompagnent de rester à son domicile le plus longtemps possible, quel que soit son âge, sa pathologie, son handicap. Elle est ouverte du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, joignable par un numéro et une messagerie unique.

SI REPONSE OUI à Q12b :

Q13b : Vous estimez que la PTA 37 serait utile pour votre pratique professionnelle : pour quelle(s) raison(s)?

- Gain de temps
- Evaluation globale de la situation
- Apporter un regard extérieur sur la situation
- Amélioration de la coordination
- Aide pour trouver le bon intervenant
- Meilleure qualité de prise en charge du patient
- Autre :

SI REPONSE NON à Q12b :

Q13b bis : Vous estimez que ce dispositif ne serait pas utile pour votre pratique professionnelle : Pourquoi ?

- J'arrive à me débrouiller tout seul
- Elle n'est pas une bonne réponse aux difficultés qui sont plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins.
- Ce dispositif ne sera pas assez réactif et rapide dans la prise en charge
- La plupart de mes patients refuseront la prise en charge par une équipe inconnue
- La plupart de mes patients pouvant y recourir habitent hors du département
- Autre

Votre usage de la PTA 37

Q14b : Pensez-vous un jour solliciter la PTA 37 dans le cas d'une situation complexe ?

- Oui
- Non

SI RÉPONSE OUI à Q14b :

Q15b : Pour quel(s) type(s) de patient(s) solliciteriez-vous la PTA 37 ?

- Patient âgé en perte d'autonomie
- Patient polypathologique
- Patient dément
- Patient en situation de handicap
- Patient psychiatrique
- Patient en refus de solution proposée et/ou mise en danger
- Patient avec problèmes d'addiction
- Isolement social et familial (dont absence d'aidant)
- Difficultés sociales du patient (précarité)
- Coordination compliquée entre les différents professionnels intervenant auprès du patient
- Autre :

Puis Fin du questionnaire

SI RÉPONSE NON à Q14b :

Q15b bis : Vous ne solliciterez pas ce dispositif : pour quelle(s) raison(s) ?

- Cela ne m'intéresse pas
- Par manque de temps
- Par manque d'habitude d'utilisation
- J'attends d'avoir des exemples concrets avant d'envisager d'y faire appel
- La PTA ne sera pas utile pour gérer les cas complexes
- Par crainte d'un délai de prise en charge trop long
- Pas manque de rémunération spécifique pour le temps passé à les contacter
- Autre :

Puis Fin du questionnaire

2) SI RÉPONSE OUI à Q11 :

Votre usage de PTA 37

Q12a : Selon vous, quelles sont les missions de la PTA 37 ?

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire
- Gestion d'une maladie chronique
- Ouvertures de droits : aides financières et/ ou humaines
- Aide à l'autonomie des personnes en situation de dépendance
- L'appui à l'organisation de la coordination des parcours complexes (évaluation, concertation pluriprofessionnelle, planification, coordination des interventions)
- Prise en charge globale du patient
- Autres :

Q13a : Avez-vous déjà sollicité la PTA 37 ?

- Oui
- Non

SI RÉPONSE NON à Q13a :

Aller à la question 12b

SI RÉPONSE OUI à Q13a :

Q14a : Pour quel(s) type(s) de patient(s) sollicitez-vous la PTA 37 ?

- Patient âgé en perte d'autonomie
- Patient polypathologique
- Patient dément
- Patient en situation de handicap
- Patient psychiatrique
- Patient en refus de solution proposée et/ou mise en danger
- Patient avec problèmes d'addiction
- Isolement social et familial (dont absence d'aidant)
- Difficultés sociales du patient (précarité)
- Coordination compliquée entre les différents professionnels intervenant auprès du patient
- Autre :

Q15a : A quelle fréquence sollicitez-vous la PTA 37 ?

- Au moins 1 fois par mois
- Au moins 1 fois par trimestre
- Au moins 1 fois par semestre
- Au moins 1 fois par an
- Jamais

Q16a : Par quel moyen sollicitez-vous la PTA 37 ?

- Via le formulaire, envoi postal ou email
- Via l'envoi d'un message par email
- Par téléphone
- Par plateforme collaborative COVOTEM
- Autre :

Vos commentaires, sentiments, critiques

Q17a : La PTA 37 est-elle utile dans votre pratique professionnelle ?

- Oui
- Non

SI REPONSE OUI à Q17a :

Q18a : Vous estimez que la PTA 37 est utile à votre pratique professionnelle : pour quelle(s) raison(s) ?

- Gain de temps
- Evaluation globale de la situation
- Apporter un regard extérieur sur la situation
- Amélioration de la coordination
- Aide pour trouver le bon intervenant
- Meilleure qualité de prise en charge du patient
- Facilité d'accès avec des démarches claires et simples
- Référent unique pour chaque situation
- Dispositif rapide dans les réponses et la prise en charge
- Autre :

SI REPONSE NON à Q17a :

Q18a bis : Vous estimez que ce dispositif n'est pas utile pour votre pratique professionnelle : Pourquoi ?

- J'arrive à me débrouiller tout seul
- Elle n'est pas une bonne réponse aux difficultés qui sont plutôt marquées par des problèmes d'offres de soins.
- J'ai déjà essayé, elle n'a pas apporté de solution et la situation n'a pas changé
- Peu facile d'accès avec des démarches peu claires et complexes
- Dispositif pas assez rapide dans les réponses et la prise en charge
- La plupart de mes patients refusent la prise en charge par une équipe inconnue
- La plupart de mes patients pouvant y recourir habitent hors du département
- Autre

Vos attentes, les retours d'informations de la PTA 37

Q19a : Quelles sont vos attentes non satisfaites par la PTA 37 ?

- Prise en compte du rôle pivot du médecin traitant
- Information régulière du médecin traitant de l'évolution du dossier
- Suivi à long terme avec adaptation du projet de soin
- Solutions financières pour le patient
- Adéquation des réponses apportées à la problématique initiale
- Organisation de réunions de concertation avec les professionnels/structures intervenant autour du patient
- Toutes mes attentes sont satisfaites
- Autre :

Q20a : Estimez-vous que le retour d'information de la PTA 37 pour la coordination d'un cas complexe soit suffisant ?

- Oui
- Non

Q21a : Quel moyen préférez-vous pour les retours d'informations ?

- Courrier papier
- Courriel électronique sécurisé (ex : Apicrypt, MSSanté)
- Courriel électronique simple
- Téléphone
- Plateforme en ligne (ex : COVOTEM)
- Je ne souhaite pas de retours d'informations
- Autre :

Q22a : A quelle fréquence souhaitez-vous des retours d'informations ?

- En début d'appui à la coordination
- Régulièrement 1 fois par mois jusqu'à la fin de la coordination
- A la fin de la coordination
- Je ne souhaite pas de retours d'informations
- Autre :

Q23a : Quel part de votre temps de travail êtes-vous prêt à consacrer avec la PTA 37 pour la coordination d'un cas complexe ?

- moins de 15 min en tout pour chaque situation
- de 15 à 30 min en tout pour chaque situation
- de 30 à 60 min en tout pour chaque situation
- plus de 60 min en tout pour chaque situation

Q24a : Êtes-vous favorable à l'obligation d'avoir l'accord du médecin traitant pour débiter un appui à la coordination quand celui-ci n'est pas le demandeur ?

- Oui
- Non

Ce questionnaire est maintenant terminé.

Nous vous remercions vivement pour votre participation !

Nous vous informons que la PTA 37 change de nom pour Appuisanté 37 mais ses missions restent les mêmes !

Avez-vous des choses à rajouter ? (texte libre)

Souhaitez-vous recevoir la thèse en version électronique quand elle sera terminée ? Oui/Non

Vous souhaitez recevoir la thèse en version électronique quand elle sera terminée, merci de nous communiquer votre Email. (Email)

Annexe 2 : Repères chronologiques ^[11]

1996 - Réseaux de soins	<u>L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996</u> portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article 29) autorise les établissements de santé à constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins <u>L'ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996</u> relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article 6) prévoit l'expérimentation pendant 5 ans de formes nouvelles de prise en charge des patients : des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques
2000 - Naissance des CLIC	Mise en place de 25 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pilotes. Leurs missions : lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage, lieu d'information et guichet d'entrée unique, lieu de coordination des dispositifs existants permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour les personnes âgées sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire <u>Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative</u>
2001 - Développement des CLIC	Phase opérationnelle de développement des centres d'information et de coordination gériatrique (CLIC) et implantation de 140 nouveaux sites. <u>Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)</u>
2002 - Réseaux de santé	L'article <u>84 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé</u> introduit un article L.6321-1 dans le code de la santé publique qui définit le rôle et le fonctionnement des réseaux de santé
2004 - Parcours de soins coordonnés	Mise en place du parcours de soins coordonnés par la <u>loi n°2004-810 du 13 août 2004</u> relative à l'assurance maladie, dont l'article 7 lie la coordination des soins et la désignation par chaque assuré d'un médecin traitant
2005 - Création des MDPH	Les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) sont créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005. Elles exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Au sein de chaque maison, une équipe pluridisciplinaire est chargée d'évaluer les besoins de compensation <u>Article 64 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005</u>
2007 - Maisons de santé	Les maisons de santé sont introduites dans le code de la santé publique (<u>article L.6323-3</u>) par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008
2008 - Création des MAIA	Le 3^{ème} Plan «Alzheimer et maladies apparentées» 2008-2012 propose la création d'un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social intitulé : les «Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer» (MAIA). Ces maisons doivent permettre la prise en charge multidisciplinaire avec un lieu repère unique ouvrant sur le réseau de coordination. Une phase d'expérimentation est lancée dans plusieurs départements à partir de structures déjà existantes (CLIC, MDPH) <u>Mesure n°4 du 3ème plan Alzheimer</u>

- 2010 - Reconnaissance des MAIA** Reconnaissance des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) par [l'article 78 de la Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010](#) de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui modifie l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles
- 2013 - Expérimentation des PAERPA** [L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012](#) de financement de la sécurité sociale pour 2013 ouvre, à partir du 1^{er} janvier 2013, des expérimentations pour la mise en place de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) suite aux préconisations des rapports de 2010 et 2011 du HCAAM. Le programme a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées à travers notamment le renforcement de la prise en charge coordonnée qui s'appuie sur une coordination clinique de proximité (CCP) et une coordination territoriale d'appui (CTA)
[Cahier des charges des projets pilotes Paerpa, janvier 2013](#)
- 2014 - Extension des PAERPA** Mise en œuvre des projets pilotes PAERPA dans 9 régions : Aquitaine, Bourgogne, Centre, Ile de France ; Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de Calais et Pays de Loire
[Arrêté du 8 octobre 2014](#)
- 2015 - Réponse accompagnée pour Tous** Annonce du déploiement de la démarche «Une réponse accompagnée pour tous» (RAPT) suite aux recommandations émises par Denis Piveteau dans son rapport «Zéro sans solution»
[Communiqué de presse du 10 novembre 2015](#)
- 2015 - Création Maison autonomie et modification des MAIA : Loi ASV** L'article 77 de la [loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015](#) relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi "ASV" élargit le champ des MAIA : suppression de la notion de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer pour élargir à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. MAIA ne signifie plus «maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer» mais «méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie». La loi ASV ([article 82](#)) donne également un cadre légal aux Maisons départementales de l'autonomie (MDA), guichet unique facultatif à destination des personnes âgées et handicapées.
- 2016 - Créations EPS, CPTS, PTA et base légale démarche RAPT : Loi santé** [La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé consacre son titre II aux parcours de santé et introduit différentes mesures pour mettre en œuvre le décloisonnement entre sanitaire et médico-social
[L'article 64](#) crée des **équipes de soins primaires** : regroupant un ensemble de professionnels de santé autour de médecins généralistes de premier recours, l'ESP contribue à la structuration des parcours de santé et à une meilleure coordination des acteurs. Elle peut prendre la forme notamment de maisons ou de centres de santé
[L'article 65](#) crée les **communautés professionnelles territoriales de santé** : des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS de santé afin d'assurer une meilleure coordination de leur action. La loi prévoit la transformation des pôles de santé en communautés
[L'article 74](#) crée les **plateformes territoriales d'appui (PTA)** : constitué par l'agence régionale de santé, le dispositif contribue à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours de santé complexes nécessitant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux
[L'article 89](#) donne une assise législative à la **démarche «Une réponse accompagnée pour tous»** avec l'élaboration d'un plan d'accompagnement global par les maisons départementales des

personnes handicapées (MDPH) pour les personnes handicapées se trouvant sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours
[L'article 91](#) donne une base légale au fonctionnement des [ITEP en dispositif intégré](#) : l'objectif est de proposer une organisation destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes accueillis
[Les articles 95- 96](#) facilitent le partage de l'information

2016 - Généralisation des PAERPA Généralisation du dispositif PAERPA à l'ensemble des régions en 2016. L'extension 2016 s'inscrit dans le cadre du Pacte territoire santé 2.
[Cahier des charges sur l'extension des Paerpa, mars 2016](#)

2017 - Transversalité/Continuité parcours : Objectifs de la SNS
Adoption fin décembre 2017 de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) qui prévoit, dans son axe 3, l'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé
[Stratégie nationale de santé 2018-2022](#)

2018 - Expérimentation innovations LFSS
[L'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits pour décroïsonner le système de santé et inciter à la coopération.
[Circulaire n°2018/106 du 13 avril 2018](#) relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

2018 - Décloisonnement soins - Plan «Ma santé 2022»
Présentation le 19 septembre de la stratégie de transformation du système de santé avec un objectif principal, le décroïsonnement, et 3 engagements prioritaires :

- Placer le patient au coeur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Parmi les engagements : création de 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon 2022 et 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans, mise en œuvre des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose et élargissement de la démarche aux principales pathologies chroniques pour fin 2019, création de financements au forfait pour les pathologies chroniques...
[Dossier de presse du 19 septembre 2018](#)

2018 - Financement pathologies - Prolongation des PAERPA
[La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018](#) de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 prévoit le financement forfaitaire des pathologies chroniques (art. 38) et la réécriture du dispositif d'expérimentation des innovations organisationnelles créé par l'art. 51 du PLFSS 2018 (art. 39)
[L'arrêté du 20 décembre 2018](#) prolonge l'expérimentation des PAERPA jusqu'au 31 décembre 2019 et publie un nouveau cahier des charges

2019 - Fusion dispositifs d'appui coordination
[La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé fusionne les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (art. 23) et refond le dispositif encadrant les protocoles de coopérations interprofessionnelles institués par la loi HPST du 21 juillet 2019 (art. 66).

Annexe 3 : Membres associés de la PTA 37 (source : PTA 37 – 2020)

NOM structure	Gestionnaire	NOM Adhérent - Pers. Morale	Prénom Adhérent- Pers. Morale	Qualité / fonction
Association AGEVIE	/	PORTAT	Marion	Directrice
Association de l'Aide Familiale et Populaire 37	AAFP 37	GAUDRY	Sandrine	Chef de service et administratrice
ADAPEI	ADAPEI	DELAVICTOIRE	Catherine	Directrice générale adjointe
ABA de Tours	Agir et vivre l'autisme	TRAN	Félix	Chef de service
APAJH 37	APAJH 37	MASSET	Guillaume	Directeur général
Pôle Domicile 37	APF France Handicap	PORHEL	Sylvie	Directrice
Association Pour le Soutien à l'Intégration Scolaire et Sociale des APSISS sujets déficients intellectuels		BERTIN	Joelle	Présidente
Pôle Hébergement Association Départementale pour la Sauvergarde de l'Enfance 37	Association ADSE	PLANTUREUX	Richard	Directeur
Association Comité d'Etude et de Soins Auprès des personnes Polyhandicapées	Association CESAP	MEHANNA	Marwan	Directeur pôle 37
Maison des adolescents	Association Montjoie	GLORIEUX	Marie	Directeur / coordonateur
Pôle adulte	Association parentale Les Elfes	DESSART	Aurore	Chef de service
Village Répit Famille	Association VRF	BRUNERIE	Patrick	Directeur
CCAS Fondettes	Commune Fondettes	DE OLIVEIRA	Cédric	Président (maire)
Association CORDIA	CORDIA	COUSINEAU	Jean-Luc	Directeur d'association
Equipe Mobile Bel Air	Croix rouge française	LETOURNEL	Annie	Médecin coordonateur
Services Territoriaux Educatifs de Milieu Ouvert Tours	Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	LEMEUR	Dolores	Directrice par interim
Entraide & Solidarités	Entraide & solidarités	LIVERA	Véronique	Responsable secteur santé
Les Grands Chênes	Fondation partage et vie	FARO	Sandra	Directrice
Association La Boisière	Groupe SOS	MOUTARD	Sophie	Directrice générale
Groupe SOS jeunesse	Groupe SOS	FLEUREAU	Amélie	Art thérapeute
La Ménardière	KORIAN	HAROUNA	Ba	Directeur adjoint
EHPAD Le Petit Castel	KORIAN	DUCHESNEY	Gaetane	Directrice
EHPAD Chamitou	KORIAN	CASTALDI	Emmuelle	Directrice
Les Amarantes	KORIAN	PERIS	Maryline	Directrice
Les Jardins d'Iroise d'Oé	Les Jardins d'Iroise	CORBILLE	Gael	Directeur
Pôle Handicap mutualité	MFCVL	MARPEAU	Isabelle	Coordinatrice Activité Handicap
Centre BOIS GIBERT	MFCVL	JANNIN	Carine	Directrice
Petits-Fils	Petits-fils	REMY	Philippe	Directeur
Le Clos Saint Vincent	Résidalya	LE ROY RAYNAL HARDY	Josée Hervé	Gérants
Sénior Compagnie	Sénior Compagnie	CHASSAGNON	Isabelle	Gérante
ANAS Le Courbat	SSR	TROTET	Sarah	Directrice
Le Clos Saint Victor	UGEAM	LOURDEL	Karine	Directrice
CCAS Tours	Ville de Tours	NICOLAY-CABANNE	Marion	Vice-Présidente
Résidence DEBROU		ESSALHI	Abdelkadir	Directeur
EHPAD Preuilly sur Claise		ROBIN	Dominique	Président Conseil Administration
Courtille-Auverdière		GAVA	Sophie	Directrice
ADMR Les Maisonnées		FRANCOIS	Stéphane	Directeur

Annexe 4 : Mail destiné aux MG recrutés :

Questionnaire de thèse d'exercice en Médecine Générale :

Etat des lieux de la connaissance, de l'utilisation et de la perception de la PTA 37 par les médecins généralistes d'Indre et Loire

Bonjour.

Je me permets de vous solliciter concernant un questionnaire qui s'intègre dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale de la Faculté de Tours.

Il a pour but de réaliser un état des lieux de la connaissance et de la perception des médecins généralistes vis-à-vis de la PTA 37 (Plateforme Territoriale d'Appui du 37).

Les médecins généralistes installés ou remplaçants en Indre-et-Loire sont invités à participer à l'étude. La durée estimée pour remplir le questionnaire est **d'environ 5 minutes (24 questions maximum)**. Les résultats de l'étude à publier dans la thèse sont anonymes et vous seront communiqués si vous le souhaitez.

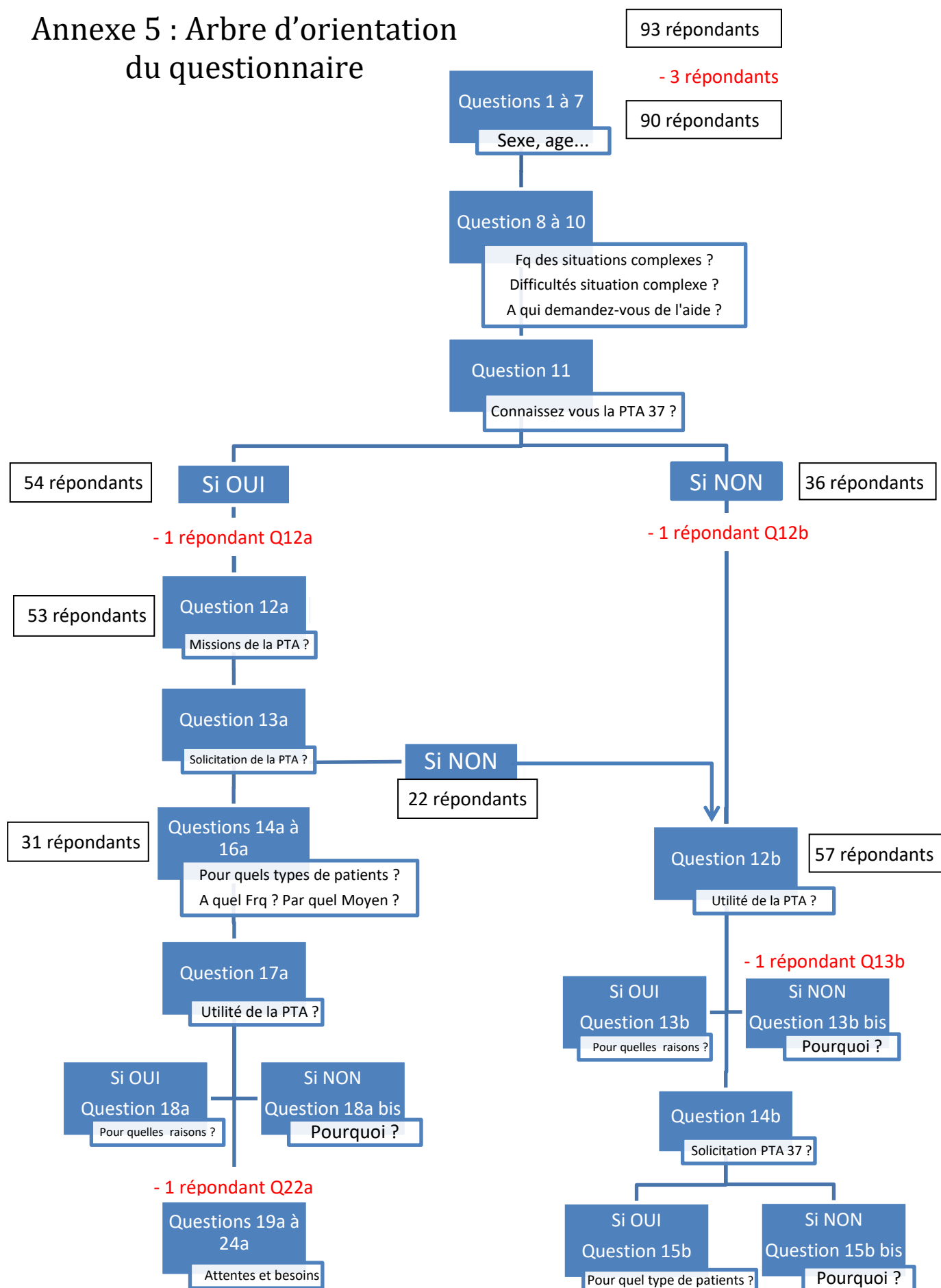
Avec nos remerciements.

Emilien BECH, étudiant en thèse / Dr Alice PERRAIN, directrice de thèse (médecin généraliste à La Croix-en-Touraine)

LIEN VERS LE

QUESTIONNAIRE : <https://form.dragnsurvey.com/survey/r/3331f247>

Annexe 5 : Arbre d'orientation du questionnaire



BIBLIOGRAPHIE

1. Parcours de santé : enjeux et perspectives. Dossier [Article] / Féry-Lemonnier, Elisabeth; Monnet, Élisabeth; Prisse, Nicolas; et al.inADSP Actualité et dossier en santé publique,n° 88, septembre 2014,pp.11-56
2. Communiqué de presse "Lancement de la Plateforme territoriale d'appui (PTA) de la Vienne" du 15/10/2019 - Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine- <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communique-de-presse-lancement-de-la-plateforme-territoriale-dappui-pta-de-la-vienne-du-15102019>
3. Inspiré de la définition des ARS Bourgogne, Bretagne, Guadeloupe et Languedoc-Roussillon, 2015.
4. Organisation territoriale ville-hôpital. Dossier [Article] / Martineau, Frédéric; Ortiz, Jean-Paul; Leicher, Claude; et al.in Revue hospitalière de France, n° 579, novembre-décembre 2017, pp.12-26
5. Certification V2014 – Parcours du patient en V2014. Haute autorité de santé, 2014. https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014
6. Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Baud, Céline; Ptakhine, Elsa; Xerri, Jean-Guilhem. -Paris [FRA] : ANAP, 2017/09. -50p
7. Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS/Ministère de la Santé. Octobre 2012. p6-7. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
8. Article 74 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 6327-1 du code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_74
9. Cahier des charges portant sur la mise en oeuvre des plateformes territoriales d'appui ; Direction de l'organisation des soins - Département Accès aux soins primaires et urgents Unité régulation de l'offre ambulatoire ; ARS Bourgogne-Franche-Comté ; mars 2017. https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/AAC-PTA_Cahier%20des%20chargesPTA_VFdocx.pdf
10. Mode d'emploi du plan personnalisé de coordination en santé - Haute Autorité de Santé – Les Parcours de Soins - Juillet 2019, p5-7. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_mode_emploi_ppcs_web.pdf
11. Catherine Calvez - Dossier documentaire : Parcours et coordination – Service documentation EHESP –19 Septembre 2019 - https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/09/DD_ParcoursSoins_201909.pdf
12. Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui [Ouvrage] / Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA); Baud, Céline; Lehericéy, Hélène; Xerri, Jean-Guilhem; Ptakhine, Elsa. -Paris [FRA] : ANAP, 2018/04. -56p.
13. Plateformes territoriales d'appui – PTA ; Un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes ; Ministère des Solidarités et de la Santé ; mise à jour 16.06.17. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-dappui/pta>
14. Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes - Document régional pour leur déploiement - Direction des soins de proximité - Mission SACO, ARS PACA – Version du 18 avril 2018. P1-19. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Annexe-1-Document-regional-d%C3%A9ploiement-PTA-09042018.pdf>
15. Présentation extraite du Guide Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, octobre 2017, p.37. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>
16. Populations légales 2017 - Recensement de la population Régions, départements, arrondissements, cantons et communes - Statistiques INSEE le 30/12/2019 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4265390?sommaire=4265511>
17. Diagnostic territorial de santé d'Indre-et-Loire ; ARS Centre-Val de Loire ; Juin 2018 ; https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Diagnostic_territorial_Indre_et_Loire.pdf
18. Dispositifs d'appui à la coordination ; CPTS Asclépios le 28/11/2019 ; ppt 1-11, Marie-Sophie GAUDOUEN.
19. Liste démographie médecins – ARS Centre-Val-de-Loire - Février 2020 - <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>

20. Circulaire DGOS N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) - ministère des affaires sociales et de la santé – Marion Paufigues – http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir_41637.pdf
21. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Fauchier-Magnan, Emilie; Wallon, Véronique. -Paris [FRA] : IGAS, 2018/08. - 88p. cote IA10/0145 - <https://www.vie-publique.fr/rapport/37620-deploiement-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-ap>
22. Plateformes territoriales d'appui : les dispositifs d'appui à la coordination de Nouvelle-Aquitaine – ARS Nouvelle-Aquitaine - Article – 11 mars 2020 - <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plateformes-territoriales-dappui-une-organisation-de-proximite-pour-soutenir-les-professionnels-et>
23. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) – ARS Nouvelle-Aquitaine - Article – 18 novembre 2019 - <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
24. Lebres D. Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe : évaluation de la connaissance, de l'utilisation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Grenoble, université Grenoble alpes, UFR de médecine de Grenoble, 2019. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01988999/document>
25. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2018 – CNOM - Dr Patrick BOUET, Président - p63 - <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
26. Plateforme territoriale d'appui d'Indre et Loire dite « PTA 37 » - STATUS - 2019 p2
27. Projet territorial de la plateforme territoriale d'appui d'Indre-et-Loire - Document [Article] - Appui à la coordination des parcours complexes – Décembre 2018
28. Leroy B. Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Rouen, U.F.R. SANTÉ DE ROUEN, 2019. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096589>
29. Vangaeveren J. Les situations complexes rencontrées par les acteurs du parcours de santé de premiers recours. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de Lille, faculté de médecine Henri Warembourg, 2019. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6a7e60da-2f4b-4476-bce2-53cd416c9d53>
30. Bouin J. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de Rennes, 2019. <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/27a2b557-7f62-4079-af4a-b8e509aeafcf?inline>
31. Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires – Haute Autorité de Santé Mars 2015 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
32. Tanquerel C. La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pre-bocage. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de Caen, 2015. <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2015/11/Th%C3%A8se-Caroline-Tanquerel.pdf>
33. Schulz X. Ressenti des acteurs du parcours de santé concernant les situations complexes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de Lille, faculté de médecine Henri Warembourg, 2019. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9e426f20-1ad5-4c37-8ab2-fe61bebe967d>
34. La doctrine technique du virage numérique #MaSanté2022 – Janvier 2020. Disponible sur https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine--technique-du-numerique-en-sante_version-2019_vf.pdf
35. Plateformes territoriales d'appui (PTA) - Document régional d'orientation et d'appui – ARS Nouvelle Aquitaine – Janvier 2017. Disponible sur <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PTA-document%20d%27orientation%20et%20d%27appui-Nouvelle%20Aquitaine-DEF.pdf>
36. Bouroubi S. Personnes âgées fragiles : représentations des médecins généralistes et gestion de la prise en charge en zone PAERPA. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de Tours, académie Orléans-Tours, 2018. http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_BouroubiSami.pdf
37. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Faculté mixte de médecin et de pharmacie de Rouen, 2014. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109998/document>

38. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Nice, 2014. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01161901/document>
39. Robin A. Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Lyon Est – Université Claude Bernard Lyon 1, 2016. http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a204d05c-3fe4-4e29-b9ba-c2c501a01490/blobholder:0/THm_2015_GALLET_Nadege.pdf
40. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine] - Faculté de médecine de Lyon Est – Université Claude Bernard Lyon 1, 2015. http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a204d05c-3fe4-4e29-b9ba-c2c501a01490/blobholder:0/THm_2015_GALLET_Nadege.pdf
41. Site internet GIP e-Santé Centre-Val-de-Loire - groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (GRADEs) - https://www.esante-centre.fr/portail_pro/
42. Piot-Jourdain C. Plateforme territoriale d'appui Caux-Dieppe-Vallée. Évaluation de la connaissance et utilisation de cet outil auprès des médecins généralistes du territoire [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine] – U.F.R. Santé de Rouen - Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2020. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02640388/document>

Vu, le Directeur de Thèse

 Alice PERRAIN
Médecin généraliste
La Croix en Touraine

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

BECH Emilien

83 pages – 5 annexes

Résumé :

Contexte : Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours mises en place par l'Etat se sont développées, notamment les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'Appui (PTA). Bien qu'elles constituent des modalités de soutien, les Médecins Généralistes (MG) ne les connaissent pas forcément et n'y ont pas toujours recours.

L'objectif principal a été de réaliser un état des lieux des connaissances, de l'utilisation et de la perception des MG de l'Indre-et-Loire vis-à-vis de la PTA 37 devenue Appuisanté 37.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne anonyme de 24 questions au maximum, entre le 6 juillet au 21 Aout 2020, auprès de MG exerçant au 1er janvier 2020 en Indre et Loire.

Résultats : Sur 90 MG interrogés, 60% connaissait son existence et 34% l'avait sollicitée. Les MG installés, en territoire rural, maître de stage universitaire ou membre d'une CPTS connaissaient davantage son existence. Les MG sollicitaient la PTA 37 essentiellement pour des patients âgés en perte d'autonomie et en isolement social et familial. 93% des MG ressentaient des difficultés lors de la gestion d'une "situation complexe", avec une fréquence souvent élevée dans leur pratique quotidienne. 90% des MG trouvaient la PTA 37 utile dans leur pratique professionnelle, notamment pour l'amélioration de la coordination, l'aide pour trouver le bon intervenant, l'évaluation globale de la situation et le gain de temps. 38% estimaient que toutes leurs attentes étaient satisfaites par la PTA 37 mais 29% souhaitaient qu'elle soit plus réactive et rapide dans ses actions.

Conclusion : La PTA 37 est utile aux médecins généralistes face à la complexité médico-sociale, elle apporte une aide pour trouver des solutions concrètes et faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients. Il existe un enjeu majeur à faire connaître davantage sa structure et ses objectifs.

Mots clés : plateforme territoriale d'appui, situation complexe, appui à la coordination, parcours de soins, médecins généralistes.

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Dr Alice PERRAIN

Membres du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Professeur Bertrand FOUGERE

Date de soutenance : 26 Novembre 2020