

Liste des abréviations

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection Longue Durée
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CHLSOM	Centre Hospitalier Local du Sud-Ouest Mayennais
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CISP-2	Classification Internationale des Soins Primaires
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FFMPS	Fédération Française des Maisons et des Pôles de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MKDE	Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PSP	Pôle de Santé Pluriprofessionnelle
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
RCP	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
WONCA	World Organization of National College

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

1. Les soins primaires
2. Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels
3. Le pôle santé du Sud-Ouest Mayennais
4. L'accord conventionnel interprofessionnel
5. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles
6. Le dispositif PAERPA
7. Problématique et objectif de l'étude

MÉTHODES

1. Matériel d'étude
2. Méthodes
 - 2.1. Constitution de la base de données
 - 2.1.1. Base de données et anonymisation
 - 2.1.2. Dossier médical du patient
 - 2.1.3. Dispositif PAERPA
 - 2.2. Données recueillies
 - 2.3. Codage selon la CISP-2
 - 2.3.1. Codage des motifs de l'étude
 - 2.3.2. Codage des procédures de l'étude
 - 2.3.3. Codage indépendant
 - 2.3.4. Analyse
3. Aspects éthiques et réglementaires

RÉSULTATS

1. Données générales
 - 1.1. Nombre de fiches analysées
 - 1.2. Nombre de fiches par patient
2. Contexte des réunions
 - 2.1. Lieu des réunions
 - 2.2. Date des réunions et informatisation des fiches
 - 2.3. Fiches incomplètes
 - 2.4. Information des patients de la tenue de la RCP
3. Caractéristiques des patients
4. Caractéristiques des professionnels impliqués
5. Motifs des RCP
6. Décisions à l'issue des RCP
7. Analyse en sous groupe concernant le dispositif PAERPA
 - 7.1. Caractéristiques des patients
 - 7.2. Caractéristiques des professionnels impliqués
 - 7.3. Motifs des RCP
 - 7.4. Décisions à l'issue des RCP

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

ANALYSE DESCRIPTIVE DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLES DU POLE SANTE DU SUD-OUEST MAYENNAIS

Mme Mélanie FENOT & Mme Cloé ROBY

Répartition du travail :

La majorité du travail a été réalisée de façon conjointe, nous nous sommes souvent réunies toutes les deux afin de mener à bien ce projet. Le codage des données à été fait de manière indépendante par chacune afin de gagner en fiabilité.

Mais plus particulièrement, Cloé a présenté ce travail au groupe de recherche « Concert-MSP » en mars 2019. Ces professionnels vont mener une vaste étude sur les RCP en soins primaires à l'échelle régionale (Pays de la Loire/Bretagne) et nous ont permis d'étayer notre réflexion sur le sujet.

Cloé a davantage travaillé sur la présentation de la thèse, notamment dans la mise en forme des données (graphiques, tableaux...) ainsi que sur le diaporama qui nous a permis de présenter les résultats de cette étude aux professionnels du Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais.

C'est également grâce à elle, que nous avons pu trouver ce sujet de thèse.

Mélanie a quant à elle complété les fiches en allant recueillir les informations dans les dossiers patients et a davantage travaillé à analyser les données sur EXCEL®, notamment dans la dernière partie décisions à l'issue des réunions). Elle a également permis l'établissement de la bibliographie grâce au logiciel ZOTERO®.

INTRODUCTION

1. Les soins primaires

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leurs sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (1). Ils sont « le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette de mener une vie socialement et économiquement productive » (1).

Dans le contexte actuel de difficultés d'accès aux soins et d'économie budgétaire (2), la réorganisation du système de santé est essentielle. Un des axes majeurs de la politique de santé est d'optimiser l'offre de soins, notamment en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins prodigués (2).

La Loi Santé de 2018 renforce la place des soins primaires, caractérisés par les fonctions d'accessibilité, de globalité, de continuité et de coordination (3), grâce à « une équipe de soins primaires organisées autour du médecin généraliste de premier recours » contribuant à « la structuration du parcours de santé des patients ». Elle définit clairement les objectifs de ces équipes : « prévention, amélioration et protection de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » (4).

2. Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Le concept de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a été introduit en 2007. Le Pôle de santé pluriprofessionnel (PSP) se distingue de la MSP par l'absence de regroupement au sein d'un même lieu.

Au 30 mai 2018, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a dénombré 1400 MSP ouvertes ou en cours d'ouverture (5).

Selon l'article L6323-3 du code de santé publique (6) :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Les objectifs du projet de santé, défini par l'article L1434-2 du code de santé publique (7) portent : *« sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. »*

Les MSP et PSP offrent de nombreux avantages aussi bien aux patients qu'aux professionnels concernés. Ces lieux de concertation devraient permettre un parcours de soins coordonné et sans rupture (8).

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), dans le cadre de l'étude sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, a fait plusieurs observations (9). Le développement des MSP et des centres de santé aurait permis une diminution moins forte de la densité des médecins généralistes comparé à des territoires du même type

dépourvu de MSP. Ce regroupement aurait contribué à l'augmentation du nombre de patients suivis par médecin pour un temps de travail équivalent. La dépense ambulatoire serait également minorée par rapport à un mode d'exercice plus « standard », et irait en diminuant pour les sites où « l'intégration, la coordination, la coopération » sont les plus importants. Les indicateurs de qualité seraient supérieurs dans les MSP et centres de santé, notamment dans le suivi du patient diabétique (taux de réalisation de l'HBA1C, microalbuminurie, ECG...). Cela reste à interpréter avec précaution, le nombre de sites étudiés étant relativement faible, la période d'analyse assez courte, et certains critères de jugement discutables. Des études sont actuellement en cours pour continuer à explorer l'impact de l'exercice regroupé.

3. Le pôle santé du Sud-Ouest Mayennais

Le pays de Craon est situé dans le Sud-Ouest du département de la Mayenne (53). Il regroupe près de 29000 habitants, dont 3150 personnes âgées de plus de 75 ans, sur 37 communes (10).

L'indicateur Accessibilité Potentielle Localisée (APL) (11) développé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) mesure l'accessibilité d'un habitant au professionnel de santé dans un territoire et indique les zones où l'offre de soins est insuffisante.

En 2017, l'APL de la ville de Craon et de Renazé, est respectivement de 2,77 et de 3,38 consultations de médecine générale accessibles par an et par habitant pour une moyenne nationale à 4,11 (12). Le Pays de Craon est classé en niveau 3 (maximal) correspondant à une zone d'intervention prioritaire (12). Concernant les infirmiers diplômés d'état (IDE) et les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE) sur ce territoire, les indicateurs révèlent une zone « très sous dotée » (13,14).

Afin de répondre aux besoins territoriaux, le PSP du Sud-Ouest Mayennais a été créé en 2009 sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire et le projet de santé a été signé la même année.

Il rassemble 66 professionnels médicaux et paramédicaux libéraux (ANNEXE I), le Centre Hospitalier Local du Sud-Ouest Mayennais (CHLSOM) et la Mutualité Française Anjou Mayenne.

Certains professionnels exercent en maison de santé : on retrouve une MSP adossée au CHLSOM à Craon depuis 2012 avec son antenne satellite à Ballots et une deuxième MSP adossée au CHLSOM à Renazé depuis 2011 avec son antenne satellite à Saint Aignan sur Roë. D'autres exercent dans des locaux à l'extérieur des MSP, comme les pharmaciens et les ambulanciers ainsi que l'ensemble des professionnels de santé de Cossé le Vivien (MSP en cours dans cette commune) et de Cuillé (15).

Ces professionnels qui souhaitaient une pratique plus collective ont participé aux premières expérimentations des nouveaux modes de rémunération. Ce pôle de santé, atypique par la présence d'un grand nombre de professionnels, a constitué une véritable référence au niveau régional.

4. L'accord conventionnel interprofessionnel

Après l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (9) et deux années de règlement arbitral (16), l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (17) a permis de pérenniser le principe d'une rémunération, sous forme de forfait pour la MSP, basée sur l'atteinte d'indicateurs. Néanmoins, certains indicateurs ont évolué pour mieux prendre en compte l'organisation, les coûts d'équipements et la relation avec les patients (8).

L'ACI contient des indicateurs dits socles dans 3 grands domaines (17) :

- Accès aux soins : ouverture des structures de 8 heures à 20 heures en semaine et de 8h à 12h le samedi matin, accès à des soins non programmés chaque jour ouvré
- Travail en équipe et coordination : fonction de coordination (animation de la coordination interprofessionnelle, relation avec les institutions ou collectivités...), élaboration de protocoles pluriprofessionnels et organisation de **réunions de concertation pluriprofessionnelles** (RCP)
- Système d'information partagé pour les dossiers des patients

Il existe aussi des indicateurs optionnels : formation des jeunes professionnels, satisfaction des patients, missions de santé publique, consultations spécialistes de second recours...

En 2018, l'ACI a rapporté 63 540 euros en moyenne par structure. Au 30 avril 2019, l'Assurance Maladie a dénombré 775 structures ayant signé l'ACI. Elle a aussi précisé que 89% des MSP ayant signé cet accord, ont atteint l'indicateur concertation pluriprofessionnelle, ce qui correspond à une rémunération de 7100 euros par MSP (18).

L'ACI a été signé au PSP du Sud-Ouest Mayennais le 21 décembre 2017 sous statut juridique « Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires » (SISA).

5. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles

Les structures de santé qui ont signé l'ACI doivent organiser au moins 6 réunions par an (contre 12 réunions par an dans le règlement arbitral). Pour obtenir la rémunération, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à au moins 5 % des patients présentant une affection de longue durée et/ou âgés de plus de 75 ans parmi ceux ayant choisi un des médecins du pôle comme "médecin traitant". Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD (17).

D'après la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (19), les professionnels appartenant à la même équipe de soins peuvent partager « les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. » Le patient donne un accord tacite.

Dans son évaluation du dispositif sur le Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), la HAS a émis des recommandations à propos des RCP en soins primaires (20), qui peuvent très bien être élargies à toute situation en dehors de la perte d'autonomie. Elle préconise que les RCP soient organisées autour de deux objectifs : « prendre une décision pour gérer une situation complexe présentée par un patient, [...], et définir à priori les modalités de prise en charge optimale [...] ». Ainsi, « elles peuvent déboucher sur l'élaboration d'un plan personnalisé de santé, tandis que dans le second, elles conduisent [...] à élaborer un protocole pluriprofessionnel ».

Des thèmes doivent être privilégiés lors de la tenue de ces RCP, tels que : affection sévère compliquée ou décompensée, pathologie chronique avec soins itératifs, risque iatrogénique, patient complexe ou en perte d'autonomie, obésité, grossesse à risque, pathologies psychosociales (17) (ANNEXE II).

Selon la HAS, les RCP seraient d'autant plus efficaces si elles étaient organisées à une fréquence régulière, réalisées de façon formalisée et si tous les professionnels impliqués dans prise en charge du patient pouvaient participer. Les intervenants sont encouragés à inscrire les décisions prises de façon collégiale dans le dossier médical sous forme d'un plan personnalisé de soins (PPS). Un suivi du patient suite aux décisions prises, ainsi qu'une réévaluation sont préconisés (20).

À l'issue de ces réunions, un compte rendu sous forme de fiche doit être intégré au dossier informatisé du patient et mis à disposition sur demande de l'Assurance Maladie (17) (exemple de compte-rendu utilisé au PSP du Sud-Ouest Mayennais en ANNEXE III).

6. Le dispositif PAERPA

Le dispositif PAERPA a été créé en 2014 pour les personnes âgées de plus de 75 ans, et financé de façon expérimentale dans 9 territoires pilotes, avant d'être étendu en 2016 à l'ensemble des régions françaises. Il a pour but de renforcer le maintien à domicile, d'améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et les risques liés à la polymédication (21). Il se base sur un plan personnalisé de santé (PPS).

Des réunions PAERPA se déroulent en parallèle des RCP au sein du PSP du Sud-Ouest Mayennais.

7. Problématique et objectif de l'étude

Au sein de la communauté scientifique, il n'existe pas de consensus pour définir la concertation pluriprofessionnelle. Cela se traduit par l'utilisation d'une multitude de termes : collaboration, travail d'équipe, coopération, coordination... Certains auteurs utilisent ces termes de manière équivalente et d'autres leur donnent des définitions bien différentes sans qu'elles soient reproductibles (22). Il n'existe pas non plus de définition de cette concertation dans les textes législatifs ou de recommandation précise d'organisation, comme cela existe par exemple pour les réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie (23).

Jusqu'à récemment, la concertation était considérée a priori comme une action efficace qui améliorerait la qualité des soins et des services sans que des travaux conséquents soient réalisés (22). Depuis 2009, les recherches sur la collaboration se sont développées, son impact concret reste encore difficile à mesurer (24).

A ce jour, les activités de concertation en soins primaires déployées sur le territoire français n'ayant pas été analysées, il n'existe pas de description de ce qui est réalisé en pratique quotidienne dans les MSP et PSP. En prenant l'exemple du Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais, pôle pilote, l'objectif sera de décrire ce que sont les RCP en identifiant les acteurs (professionnels et patients) impliqués, les motifs concernés ainsi que les décisions prises à l'issue de ces réunions.

L'objectif secondaire sera d'étudier plus précisément les RCP des patients inclus dans le dispositif PAERPA.

Les résultats de cette étude devraient intéresser les professionnels concernés afin de valoriser leur travail et d'améliorer leurs pratiques ; et de façon plus large, tous les professionnels de santé, notamment la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) ainsi que les politiques de santé et leurs institutions. Il serait intéressant de rapprocher ces résultats des orientations proposées par les textes réglementaires afin de déterminer si les pratiques qui se développent correspondent à celles-ci.

MATERIEL ET METHODES

1. Matériel d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique au sein du PSP du Sud-Ouest Mayennais, quantitative et descriptive portant sur des données préexistantes à l'étude.

Les comptes-rendus synthétisés sous forme de fiches, ont été réalisés par les professionnels de santé, de manière informatique ou manuscrite jusqu'à fin décembre 2017.

Une fiche concernait un dossier présenté en réunion à une date donnée : un même patient pouvait être présenté plusieurs fois et plusieurs fiches pouvaient donc concerner un même patient. Nous avons étudié toutes les fiches de la période concernée soit 285 fiches.

Les fiches devaient renseigner les éléments suivants : date et heure de la RCP, lieu, information du patient (oui ou non), date de naissance, noms des participants, motif(s) de la RCP, éléments de discussion et décision(s).

2. Méthodes

2.1. Constitution de la base de données

2.1.1. Base de données et anonymisation

Les données ont été anonymisées puis recueillies informatiquement sur un tableur EXCEL®. Un numéro a été attribué à chaque fiche.

2.1.2. Dossier médical du patient

Certaines données étaient manquantes (âge et détails de certaines pathologies). Nous avons donc eu recours au dossier médical partagé informatisé afin de compléter nos données. Ainsi les motifs ont pu être classifiés plus précisément.

2.1.3. Dispositif PAERPA

Afin de répondre à notre objectif secondaire, un recours à la secrétaire référente du dispositif PAERPA sur le PSP du Sud-Ouest Mayennais a été nécessaire.

2.2. Données recueillies

Plusieurs variables ont été relevées : date, lieu, information du patient de la tenue de la RCP, informatisation de la fiche, complétude de la fiche et recueil complémentaire dans le dossier médical, âge, sexe, existence d'une fiche déjà attribuée au patient, catégories professionnelles des acteurs, motif ou pathologie principale et décision(s) prises à l'issue des RCP.

Dans le cadre de l'objectif secondaire, le nombre total de réunions PAERPA a été recueilli et un recoupement a été réalisé entre les deux fichiers de patients sur la période concernée.

2.3. Codage selon la Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version (CISP-2)

La CISP-2 (*Encadré 1*) est une classification qui dérive de la CIM-10 adaptée aux soins primaires. Elle a été conçue par l'Organisation mondiale des médecins généralistes (Wonca). Elle permet de coder trois éléments de la consultation : le motif de consultation exprimé par le patient, le "résultat de consultation", c'est-à-dire le diagnostic apporté par le médecin en fin de consultation, qu'il s'agisse d'un symptôme, d'un syndrome ou d'une pathologie, et les procédures de soins envisagées (ANNEXE IV).

La CISP-2 comprend 17 catégories basées sur les systèmes corporels identifiés par une lettre :

- A. Général et non spécifique
- B. Sang, organes hématopoïétiques et appareil immunitaire
- D. Digestif
- F. Œil
- H. Oreille
- K. Cardiovasculaire
- L. Ostéoarticulaire
- N. Neurologique
- P. Psychologique
- R. Respiratoire
- S. Peau
- T. Système endocrinien, métabolisme, nutrition
- U. Urologie
- W. Grossesse, planning familial
- X. Système génital et sein
- Y. Système génital masculin
- Z. Problèmes sociaux

La lettre est suivie d'un code à 2 chiffres, l'ensemble comporte 687 « codes » correspondant à des symptômes, plaintes, diagnostics ou maladies, disposant d'une définition avec critères d'inclusion et d'exclusion (exemple : S97 signifie ulcère chronique de la peau) ; et 40 types de procédures qui peuvent être des actes diagnostiques (examen clinique, imagerie...), thérapeutiques (traitement médicamenteux, prescription paramédicale, avis spécialisé...), administratifs (certificat, arrêt de travail...) et préventifs (conseils, éducation, recommandations...).

Dans l'étude, ces procédures traduisent les décisions prises par les professionnels au décours de la réunion.

Encadré 1 : la CISP-2

2.3.1. Codage des motifs de l'étude

Le motif de la réunion de concertation a été codé à partir des codes "motif de consultation" et "résultat de consultation" de la CISP. Seul le motif principal a été retenu pour faciliter l'interprétation des résultats. En cas de motifs multiples, seul celui ayant fait l'objet d'une décision a été retenu.

2.3.2. Codage des procédures de l'étude

La ou les décision(s) prise(s) à l'issue des réunions ont été codées en procédure(s) CISP-2.

En cas de procédures multiples pour une même fiche, toutes ont été retenues.

2.3.3. Codage indépendant

Pour s'assurer de la fiabilité du recueil, un codage indépendant a été mis au point par chacune des thésardes. Plusieurs réunions ont été nécessaires pour arriver à un consensus. En cas de désaccord sur le codage, un recours à la directrice de thèse avait lieu.

2.4. Analyse

L'analyse descriptive s'est basée sur 4 éléments importants de la réunion (*Figure 1*) : les caractéristiques des patients, les professionnels impliqués, les motifs et les décisions. Pour les deux motifs les plus fréquemment évoqués, une analyse des professionnels impliqués a été réalisée. Une comparaison des motifs, des professionnels et des décisions entre les deux sites principaux (Craon et Renazé) a ensuite été menée.

Une analyse en sous-groupe a eu lieu pour les patients faisant partie du dispositif PAERPA : caractéristiques des patients, motifs évoqués lors des RCP, professionnels impliqués et décisions à l'issue de la réunion.

Le test du Chi² a permis de comparer certaines données. Le seuil de significativité a été fixé a priori à 5%. Aucune comparaison n'était pertinente lorsque l'effectif était inférieur ou égal à 10 ($n \leq 10$).

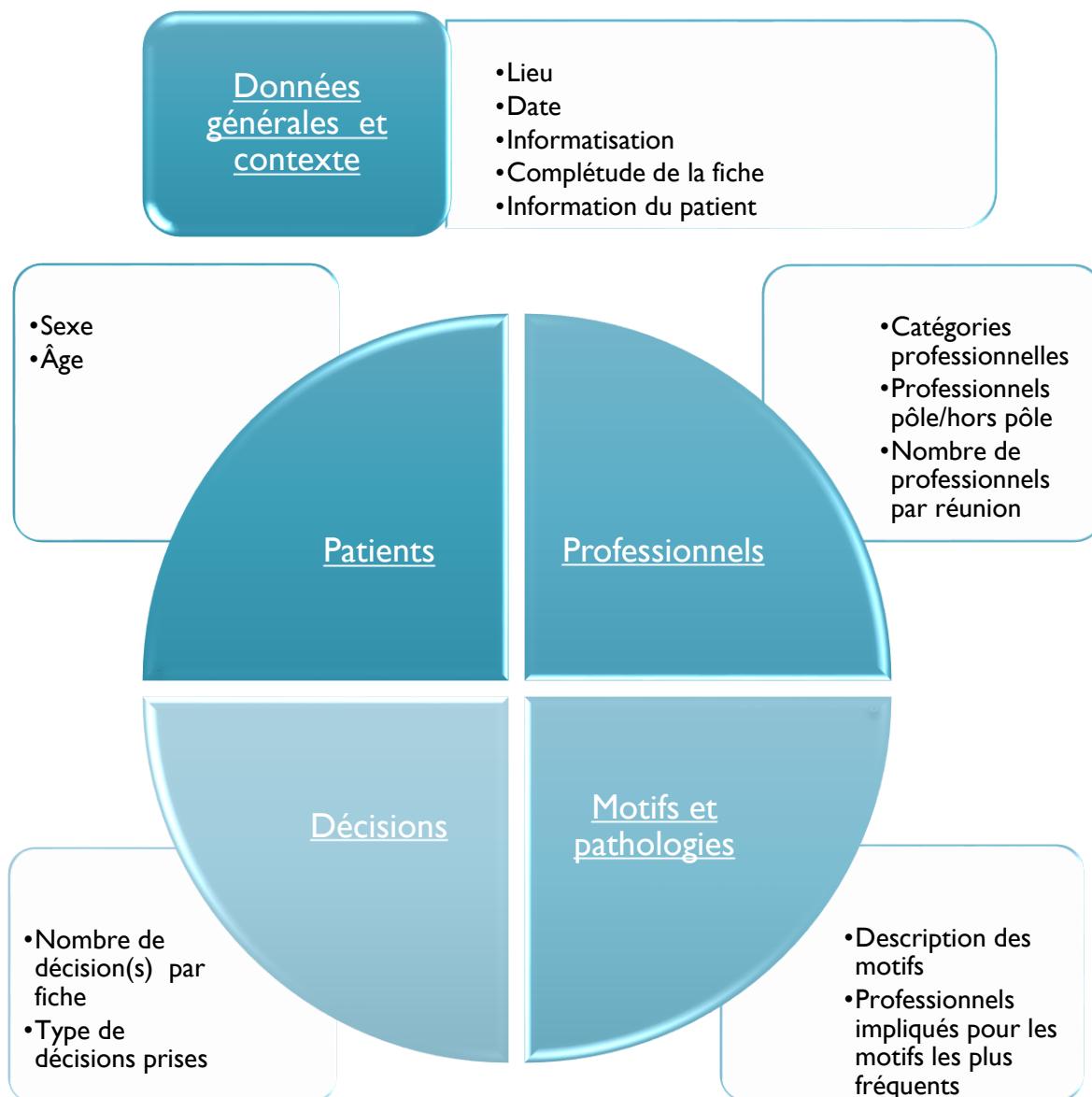


Figure 1 : Analyse des données

3. Aspects éthiques et réglementaires

Dans la mesure où l'étude vise à décrire les pratiques des professionnels de santé, l'accord du Comité de Protection des Personnes n'est pas nécessaire (25). Néanmoins, compte tenu du caractère innovant de l'étude, une publication sera visée. En conséquence, le comité d'éthique du CHU d'Angers a été sollicité et a donné son accord (numéro d'enregistrement n° 2019/09).

Le projet a bénéficié en parallèle d'une déclaration à la CNIL par l'intermédiaire du délégué à la protection des données de l'Université d'Angers.

RESULTATS

1. Données générales

1.1. Nombre de fiches analysées

Parmi les 285 fiches à notre disposition, 258 fiches ont été incluses et analysées. 209 fiches étaient complètes après un recueil dans les dossiers des patients (Figure 2).

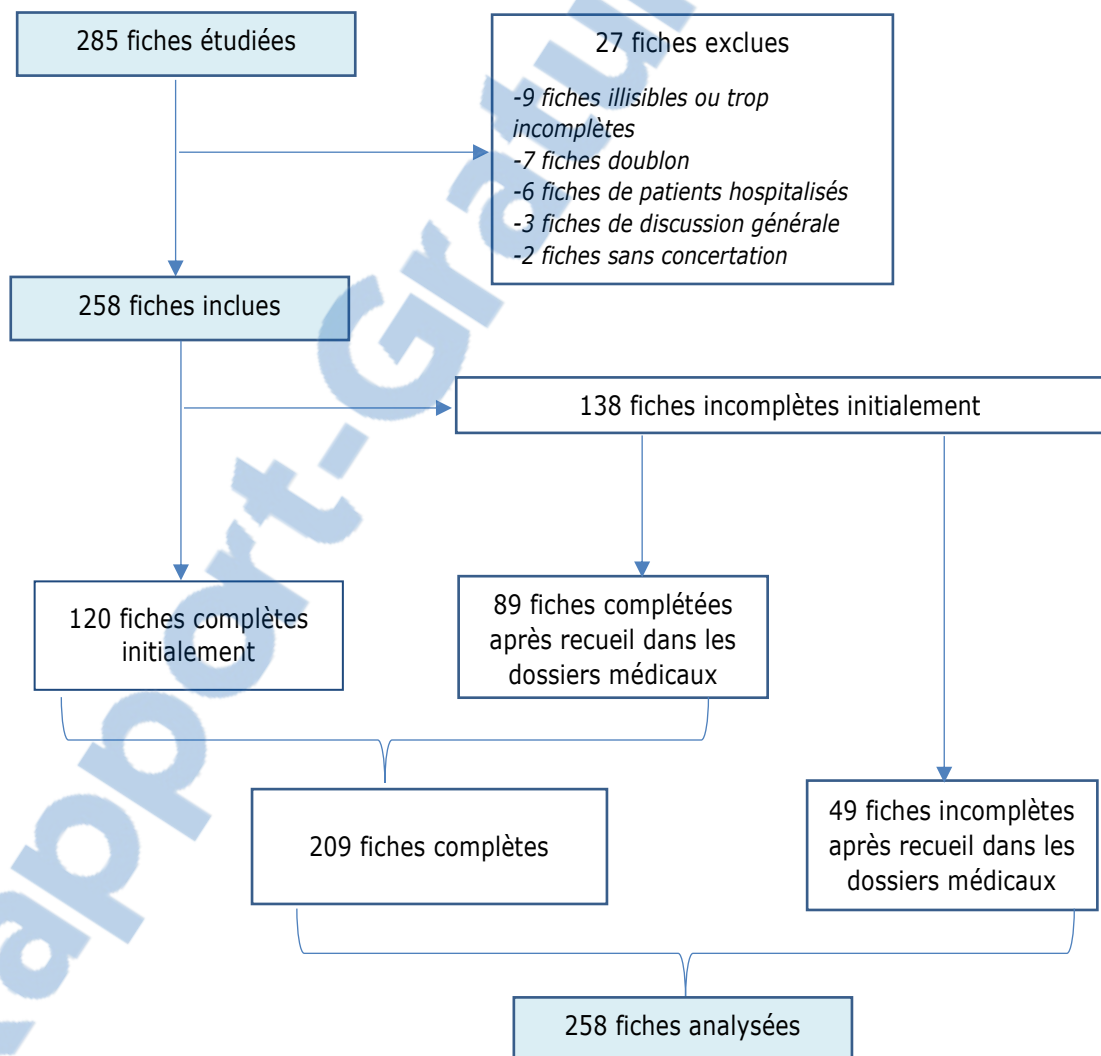


Figure 2 : Diagramme de flux

1.2. Nombre de fiche(s) par patient

Sur les 258 fiches, il y avait 171 patients, dont 131 (76,6%) faisaient l'objet d'une seule réunion (Figure 3). 40 patients (23,4%) faisaient l'objet d'un suivi au cours des RCP.

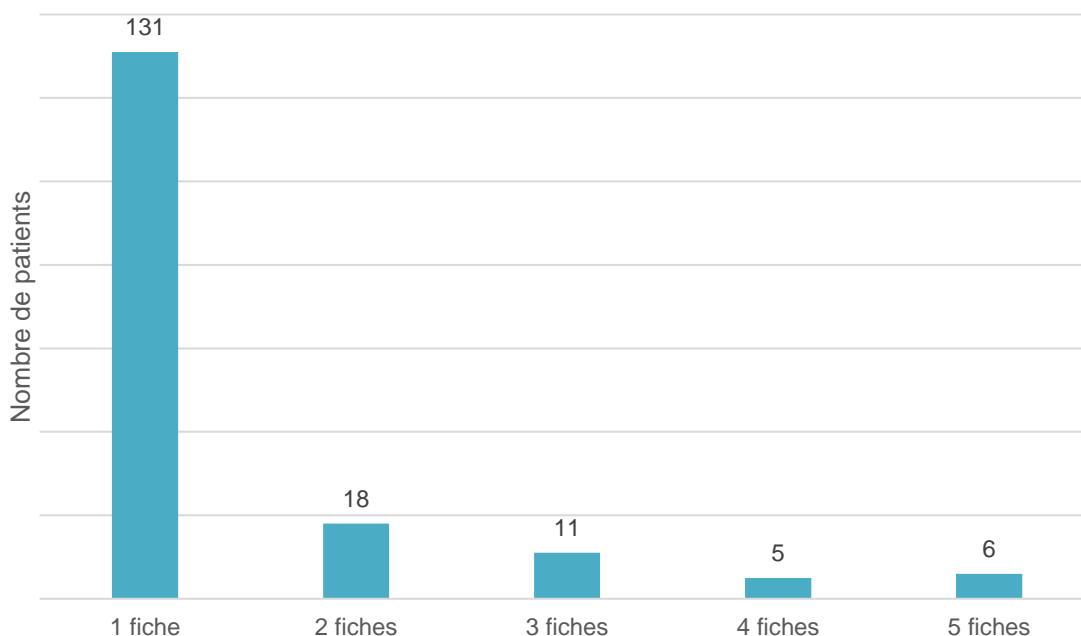


Figure 3 : Nombre de fiche(s) par patient (N=171)

2. Contexte des réunions

2.1. Lieu des réunions

126 réunions (48,8%) ont eu lieu à Renazé, 123 réunions (47,7%) à Craon, 6 réunions (2,3%) à Saint-Aignan-sur-Roë, 1 réunion à Ballot et 1 réunion à Cuillé. Pour 1 réunion, le lieu n'était pas notifié sur la fiche.

2.2. Date des réunions et informatisation des fiches

61 réunions (24%) se sont déroulées en 2016 et 196 réunions (76%) en 2017. Pour 1 réunion, la date n'était pas renseignée sur la fiche. En 2017, il y a eu 151 réunions (77%) sur le second semestre (Figure 4). Les 258 réunions étaient réparties sur 140 jours avec une moyenne de 1,84 réunions par jour de concertation.

141 fiches (54,6%) étaient manuscrites et 117 fiches (45,4%) étaient informatisées.

En 2016, 3 fiches (4,9%) étaient informatisées. En 2017, on en comptait 114 (58,2%) (Figure 4).

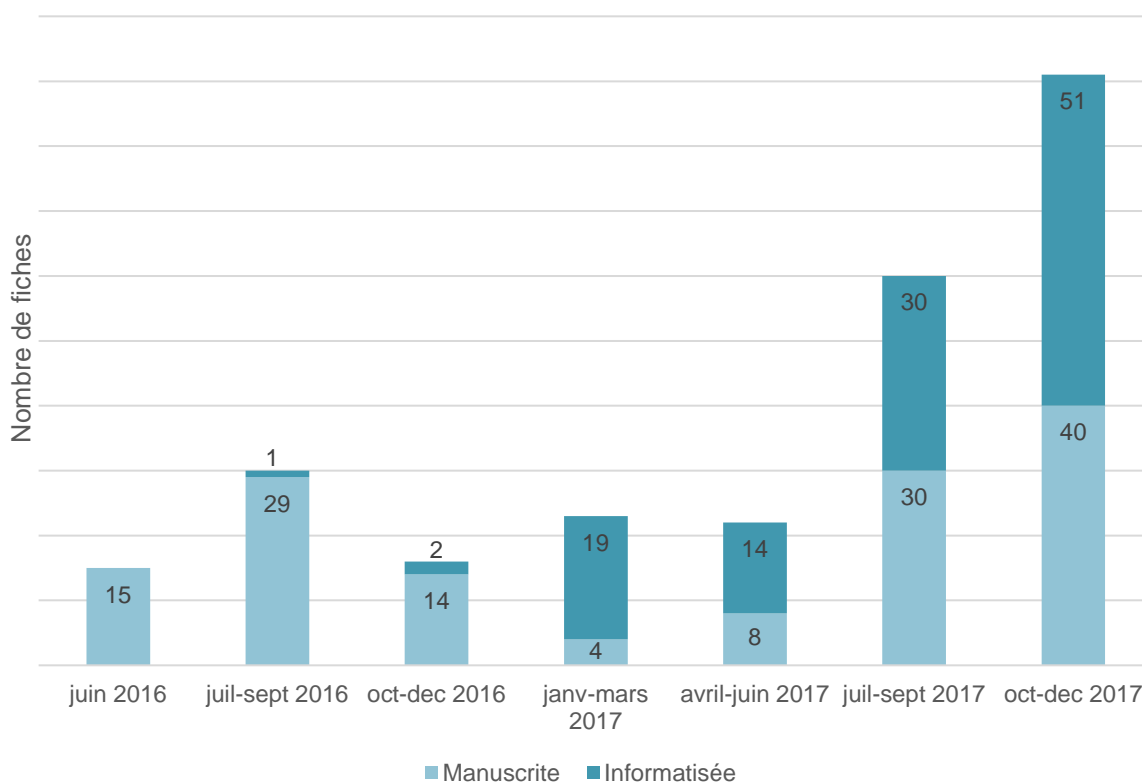


Figure 4 : Nombre de fiches(s) manuscrites et informatisées par trimestre (N=257)

2.3. Fiches incomplètes

138 fiches ne comportaient pas la date de naissance, le prénom ou la civilité du patient ou encore certaines informations permettant de coder la pathologie.

En 2016, 58 fiches sur 61 (95%) étaient incomplètes. En 2017, 79 fiches sur 196 (40,3%) étaient incomplètes. Pour 1 fiche incomplète, la date de la RCP n'était pas indiquée sur la fiche.

2.4. Information des patients de la tenue de la RCP

Les patients étaient informés de la tenue de la réunion dans environ 2/3 des cas : 166 réunions (64,3%) versus 70 réunions (27,1%). Pour 22 réunions (8,6%) cette donnée était manquante. La présence du patient n'était pas renseignée sur la fiche.

3. Caractéristiques des patients

Parmi les 171 patients, il y avait 92 femmes (54%) et 72 hommes (42%). Pour 7 réunions (4,1%), la donnée « sexe » n'était pas renseignée. Certaines fiches comportaient le nom du patient sans pouvoir identifier son sexe (absence de prénom ou de civilité).

59 patients (34,5%) avaient plus de 75 ans. 22 patients (12,9%) étaient des mineurs de moins de 15 ans (Figure 5). Pour 32 patients (18,7%), l'âge n'était pas renseigné.

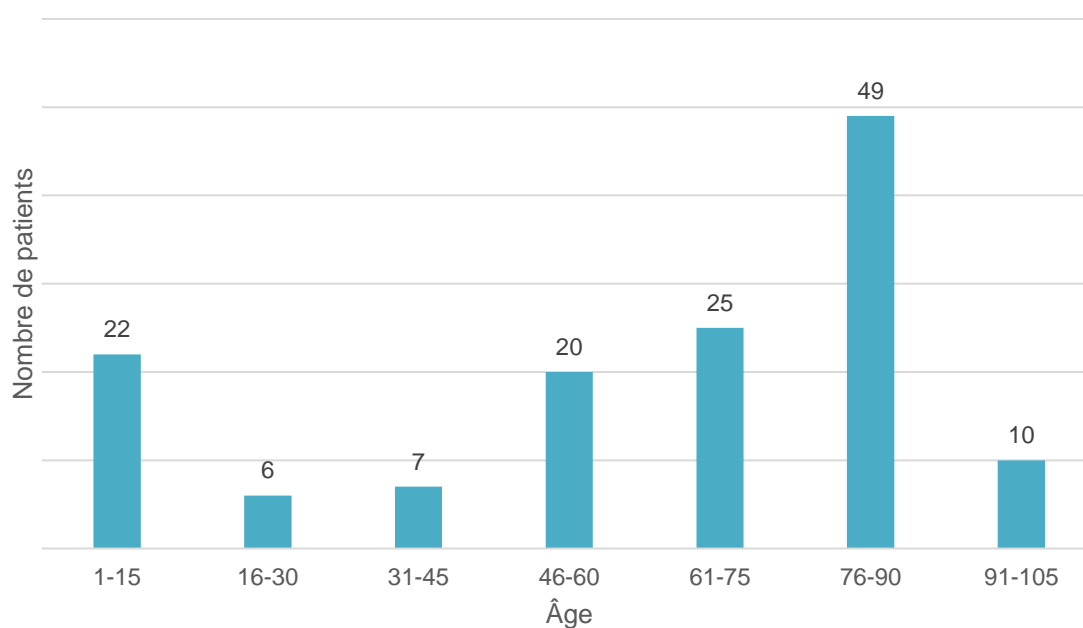


Figure 5 : Âge des patients

4. Caractéristiques des professionnels impliqués

Le médecin généraliste intervenait dans 213 réunions (82,6%) et l'IDE dans 190 réunions (73,6%) (Tableau I).

Dans 42 réunions (16,3%), au moins un intervenant extérieur participait.

Les parents de l'enfant concerné par la concertation étaient présents dans 7 réunions.

Tableau I : Professionnels impliqués

Professionnels	Nombre de réunions au PSP du S-O Mayennais (N=258) (%)	Dont Nombre de réunions à Craon (n=123) (%)	Dont Nombre de réunions à Renazé (n=126) (%)	p-value (comparaison Craon/Renazé)
Professionnels du PSP				
Médecin généraliste	213 (82,6)	75 (61)	118 (93,7)	p<0.05
IDE	190 (73,6)	62 (50,4)	120 (95,2)	p<0.01
Psychomotricienne	25 (9,7)	24 (19,5)	1 (0,8)	p<0.001
Orthophoniste	19 (7,4)	15 (12,2)	4 (3,2)	p<0.05
Sage-femme	8 (3,1)	8 (6,5)	0	NA
Pharmacien	7 (2,7)	7 (6,0)	0	NA
Psychologue	4 (1,6)	2 (1,6)	1 (0,8)	NA
Diététicienne	3 (1,2)	2 (1,6)	1 (0,8)	NA
Assistance sociale	2 (0,8)	2 (1,6)	0	NA
MKDE	2 (0,8)	2 (1,6)	0	NA
Podologue	1 (0,4)	1 (0,8)	0	NA
Secrétaire médicale	1 (0,4)	1 (0,8)	0	NA
Professionnels hors PSP				
Professionnel de l'éducation nationale	16 (6,2)	15 (12,2)	1 (0,8)	p<0.001
Médecins d'autres spécialités (ANNEXE V)	14 (5,4)	14 (11,4)	0	p<0.001
IDE hospitalier	5 (1,9)	1 (0,8)	3 (2,4)	NA
Puéricultrice PMI	4 (1,6)	2 (1,6)	1 (0,8)	NA
CAMSP	1 (0,4)	1 (0,8)	0	NA
Responsable de l'ADMR	1 (0,4)	0	1 (0,8)	NA
Psychologue de l'ASEA	1 (0,4)	0	1 (0,8)	NA
Secrétaire CMP	1 (0,4)	1 (0,8)	0	NA
SERDAA	1 (0,4)	1 (0,8)	0	NA

NA : Non Applicable

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ASEA : Association pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescent à l'Adulte

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CMP : Centre Médico-Psychologique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SERDAA : Service d'Education et de Rééducation à Domicile pour Aveugles et Amblyopes

248 réunions (96,1%) étaient composées de 2 professionnels. Dans 173 réunions (67,1%), il s'agissait d'un duo médecin généraliste / IDE.

9 réunions (3,5%) étaient constituées de 3 professionnels et 1 réunion de 4 professionnels (ANNEXE VI).

242 réunions étaient pluriprofessionnelles (93,8%), c'est-à-dire composées d'au moins 2 intervenants de catégories professionnelles différentes. Parmi les réunions impliquant des professionnels de même profession, 12 réunions (4,7%) rassemblaient deux médecins et 4 réunions (1,6%) deux infirmières (ANNEXE VII).

5. Motifs des RCP

91 réunions (35,3%) concernaient la sphère cutanée, 54 réunions (21%) la sphère psychologique/psychiatrique et 29 réunions (11,2%) des motifs plus généraux (*Figure 6*). Les motifs généraux pouvaient correspondre à une complication de traitement médical, à une altération de l'état général, à une problématique liée à la douleur par exemple. Pour 17 réunions (6,6%), les motifs ne pouvaient pas être codés (NC) selon la CISP-2 (ANNEXE IX).

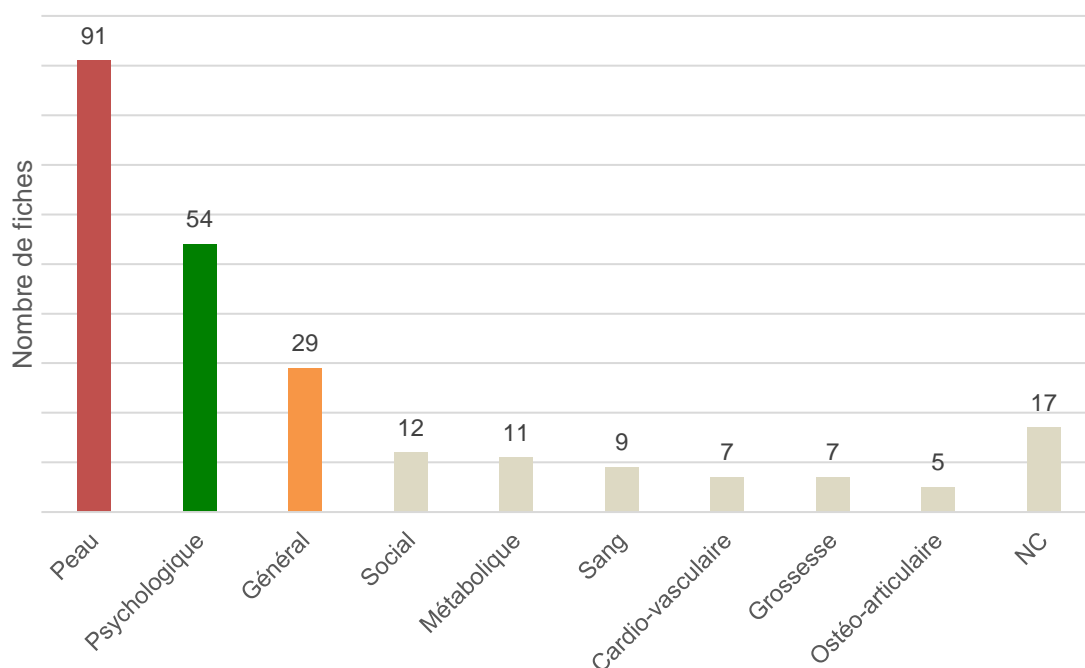


Figure 6 : Motifs les plus fréquents selon la catégorie CISP-2

A Renazé, 81 réunions (64,3%) intéressaient la sphère cutanée. A Craon, 47 réunions (38,2%) étaient relatives à la sphère psychologique ou psychiatrique, tandis que la sphère cutanée représentait 6,5% des réunions soit 8 réunions (*Tableau II*) (ANNEXE VIII).

Tableau II : Motifs les plus fréquents selon la catégorie CISP-2

Catégorie CISP-2	Nombre total de réunions (N=258) (%)	Dont nombre de réunions à Craon (n=123) (%)	Dont nombre de réunions à Renazé (n=126) (%)	p-value (comparaison Craon/Renazé)
S- Peau	91 (35,3)	8 (6,5)	81 (64,3)	p<0.001
P- Psychologique	54 (21)	47 (38,2)	5 (4)	p<0.001
A- Général	29 (11,2)	10 (8,1)	17 (13,5)	NS

NS : Non Significatif

Plus précisément selon le code CISP-2, 49 réunions (19%) concernaient les ulcères chroniques de la peau (S97), 24 réunions (9,3%) les troubles de l'apprentissage (P24), 12 réunions (4,7%) les complications de traitements médicaux (A87) (*Tableau III*).

Tableau III : Motifs les plus fréquents selon le code CISP-2

Code CISP-2	Nombre total de réunions (N=258) (%)	Dont nombre de réunions à Craon (n=123) (%)	Dont nombre de réunions à Renazé (n=126) (%)
S97- Ulcère chronique cutané	49 (19,0)	2 (1,6)	46 (36,5)
P24- Troubles de l'apprentissage	24 (9,3)	21 (17,1)	3 (2,4)
A87- Complication de traitement médical	12 (4,6)	1 (0,8)	11 (8,7)
S11- Infection post traumatique cutanée	11 (4,3)	1 (0,8)	10 (8)
P22 et P23- Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent	10 (3,9)	9 (7,3)	0
T89- Diabète	8 (3,1)	3 (2,4)	5 (4)
B60- Résultat d'examen biologique	7 (2,7)	6 (4,9)	1 (0,8)
A04- Altération de l'état général	6 (2,3)	4 (3,3)	0
P70- Démence	6 (2,3)	6 (4,9)	0
Z11- Défaut de compliance thérapeutique	6 (2,3)	6 (4,9)	0
A01- Douleur générale	5 (1,9)	2 (1,6)	3 (2,4)
P76- Dépression	5 (1,9)	4 (3,2)	1 (0,8)
S09- Doigt ou orteil infecté	5 (1,9)	0	5 (4)
S76- Dermo-hypodermite infectieuse	5 (1,9)	0	5 (4)

82 réunions (31,2%) abordaient un autre problème de santé que ci-dessus et étaient réparties en 55 motifs différents (ANNEXE X).

Les pathologies de la sphère cutanée et psychologique intéressaient plus de la moitié des réunions (n=145, 56,2%), une analyse des professionnels présents lors des RCP a donc été menée pour ces deux motifs.

Pour ce qui est des pathologies cutanées, le duo médecin généraliste/IDE intervenait dans la quasi-totalité des réunions (n=90, 98,9%).

Les troubles de l'apprentissage et les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent se distinguaient par la grande variété d'intervenants :

Pour les « troubles de l'apprentissage » (N=24), 9 acteurs ont participé aux RCP. Les intervenants les plus fréquents étaient : l'orthophoniste (n=16, 66,7%), le professionnel de l'éducation nationale (n=16, 66,7%), la psychomotricienne (n=11, 45,9%), et les parents (n=6, 25%). 12 enfants ont fait l'objet d'1 réunion, 3 enfants de 2 réunions et 1 de 6 réunions.

Pour les « troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescents » (N=10), 7 professionnels ont participé aux RCP, avec des duos et trios diversifiés. Les intervenants les plus fréquents étaient la psychomotricienne (n= 8, 80%), le médecin généraliste (n=6, 60%), la psychologue (n=3, 30%) et la puéricultrice de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (n=3, 30%). Lors de ces réunions, seul 1 enfant a fait l'objet d'un suivi en RCP.

Pour les autres pathologies de cette sphère psychologique ou psychiatrique (N=20), le binôme médecin-IDE était le plus fréquent (n=12, 60%)

6. Décisions à l'issue des RCP

Parmi les 258 réunions, 146 réunions (56,6%) aboutissaient à 1 décision, 78 réunions (30,2%) à 2 décisions, 17 réunions (6,6%) à 3 décisions, 1 réunion (0,4%) à 4 décisions ; pour 16 réunions (6,2%), les décisions ne pouvaient pas être codées selon la CISP-2 (NC).

Au total, 357 décisions ont été codées avec la CISP-2 (ANNEXE XI).

146 réunions (56,6%) aboutissaient à une prescription de médicament(s) ou de pansement(s), ce qui correspondait à 151 prescriptions.

En détail, 78 réunions (30,2%) conduisaient à une prescription de médicament(s) et 73 réunions (28,3%) à une prescription de pansement(s). Pour 5 réunions (1,9%), il y avait une prescription concomitante de médicament(s) et de pansement(s).

123 réunions (47,7%) entraînaient une organisation du parcours de soins, ce qui correspondait à 153 orientations vers un professionnel ou à une hospitalisation. Pour 30 réunions (11,6%), il y avait une orientation vers plusieurs professionnels.

En détail, 68 décisions correspondaient à une orientation vers un professionnel de soins primaires (IDE, psychologue, pharmacien, professionnels de la rééducation), 64 décisions à une orientation vers un médecin ou à une hospitalisation, 21 décisions à une orientation vers autre professionnel (par exemple : professionnel de l'éducation nationale, ADMR, SERDAA, CAMSP, assistante sociale etc.).

La Figure 7 présente les décisions les plus fréquentes.

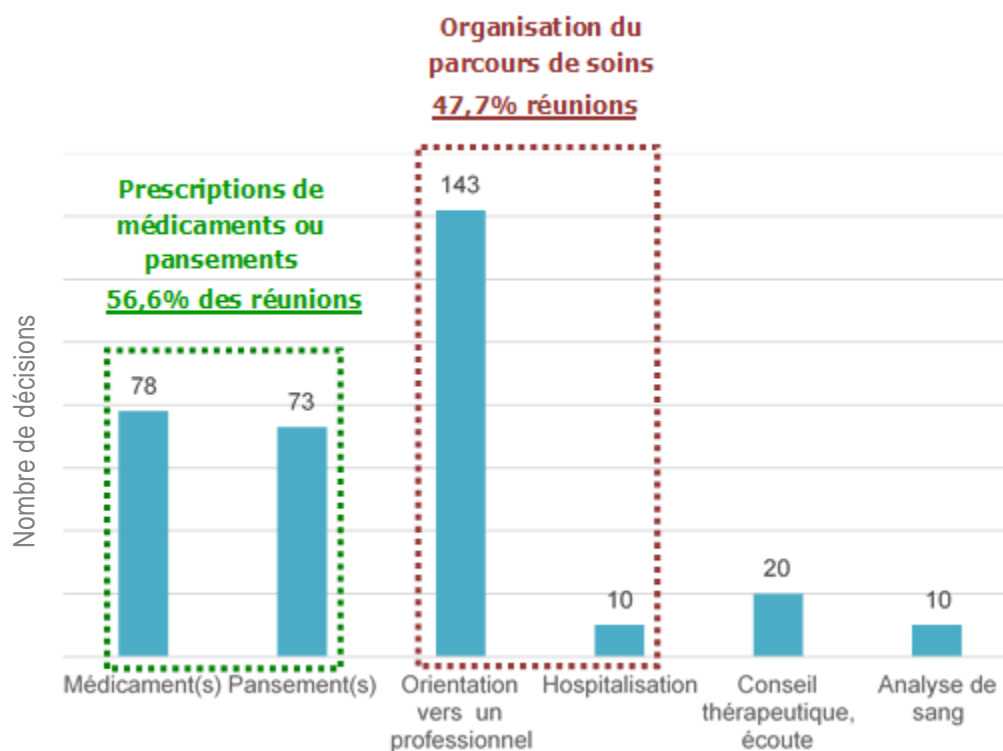


Figure 7 : Décisions les plus fréquentes

Une analyse approfondie des prescriptions de médicaments (*Figure 8*) et de pansements (*Figure 9*) a été réalisée sur les 146 réunions. Dans plus de trois quarts des cas, la réunion concluait à un changement de la prise en charge thérapeutique (instauration, modification ou arrêt).

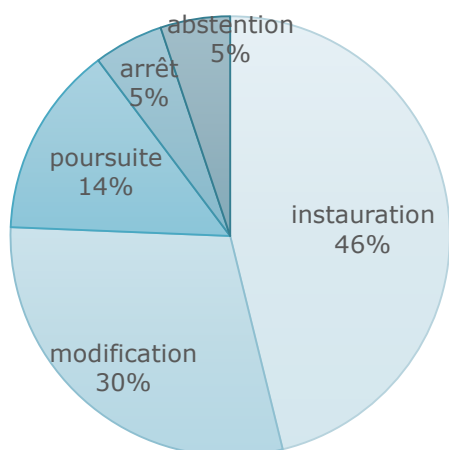


Figure 8 : Analyse détaillée de la prescription de médicaments

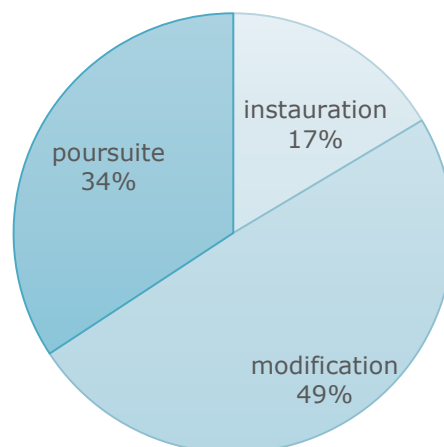


Figure 9 : Analyse détaillée de la prescription de pansements

Dans le cadre du parcours de soins, une analyse approfondie portant sur les 153 orientations vers un professionnel de santé a été menée (*Figure 10*) :

46 décisions (30%) correspondaient à une orientation vers un professionnel du soin (IDE ou psychologue), dont 41 orientations (89,1%) vers une IDE.

52 décisions (34%) à une orientation vers un médecin ou un pharmacien, dont 32 (61,5%) vers un médecin généraliste, 7 (13,5%) vers un chirurgien, 12 (23,1%) vers un autre médecin spécialiste et 1 vers un pharmacien.

22 décisions (14,4%) à une orientation vers un professionnel de la rééducation dont plus des trois quarts vers une orthophoniste ou une psychomotricienne.

15 décisions (9,8%) à une orientation vers un professionnel lié au milieu scolaire, c'est-à-dire vers un professionnel de l'éducation nationale ou un médecin scolaire.

10 décisions (6,5%) à une hospitalisation.

8 décisions (5,2%) à une orientation vers un professionnel du domaine social.

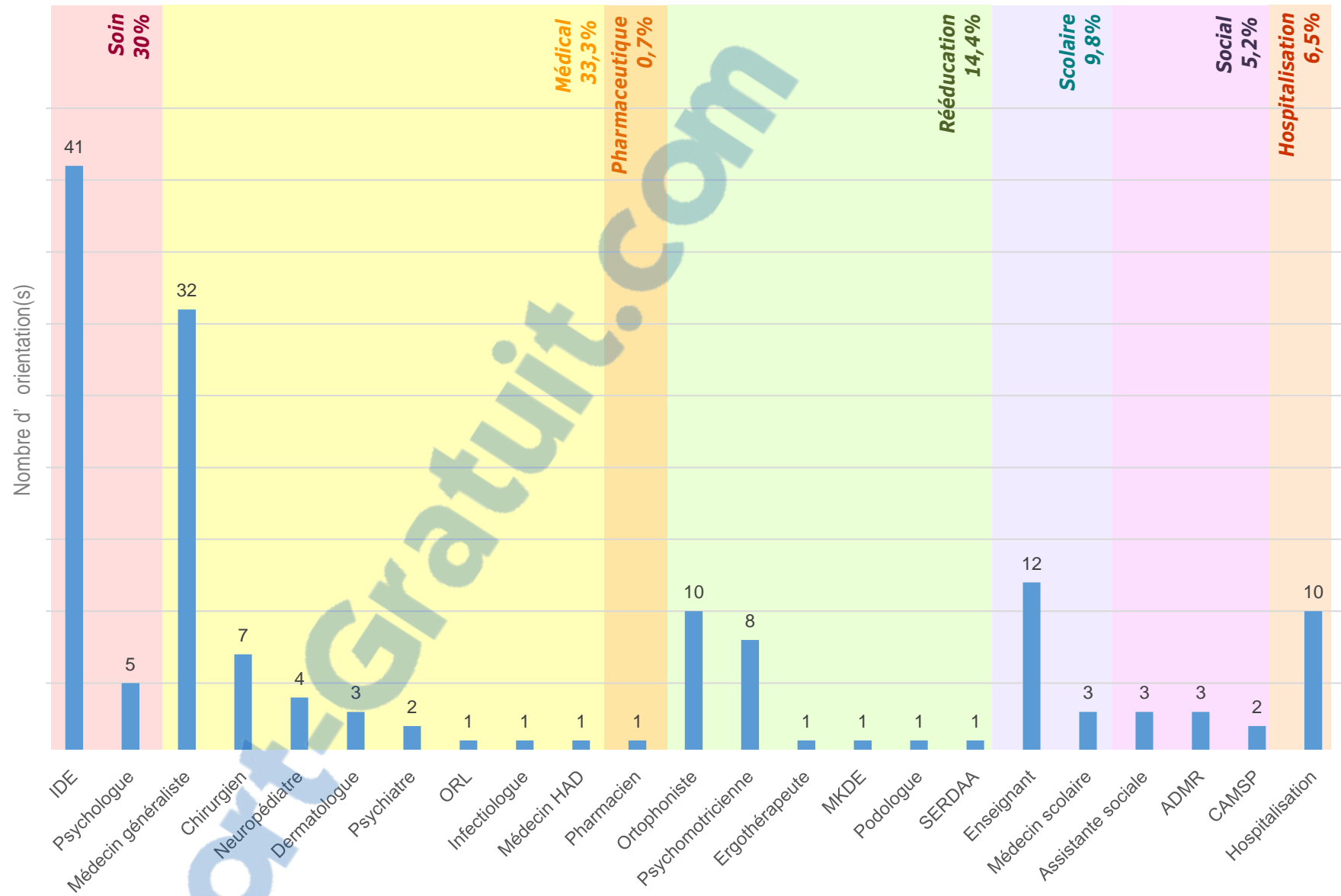


Figure 10 : Organisation du parcours de soins

7. Analyse en sous-groupe des patients du dispositif PAERPA

Sur la durée de notre étude, 107 réunions PAERPA ont eu lieu au pôle santé, durant lesquelles 332 dossiers de patients ont été abordés.

21 patients de notre étude ont un dossier PAERPA dont 18 patients ont fait l'objet d'1 RCP, 1 patient de 2 RCP, 1 patient de 4 RCP, et 1 patient de 6 RCP.

7.1. Caractéristiques des patients

Sur ces 21 patients, il y avait 18 femmes et 2 hommes. Pour 1 patient, le sexe n'était pas connu. Ces patients étaient inclus dans le dispositif PAERPA, ils avaient donc plus de 75 ans.

7.2. Caractéristiques des professionnels impliqués

2 professionnels étaient présents dans toutes les réunions. Le médecin généraliste et l'IDE intervenaient dans une majorité des réunions, respectivement dans 19 RCP (90,5%) et dans 18 RCP (85,7%). Le pharmacien et l'IDE du CHLSOM étaient présents dans 2 RCP et la psychomotricienne et le gastroentérologue dans 1 RCP.

7.3. Motifs des RCP

Certains patients avaient fait l'objet de plusieurs RCP : 1 patiente 2 fois pour une problématique liée à une sortie d'hospitalisation (NC) ; 1 patiente une fois pour une démence et 3 fois pour des abcès cutanés ou péri anales ; 1 patiente 6 fois pour une pathologie cutanée.

Les motifs discutés lors de ces RCP étaient variés et pour la plupart biomédicaux (ANNEXE XII).

7.4. Décisions à l'issue des RCP

Il y avait deux décisions principales prises à l'issue des RCP : 9 réunions (42,9%) aboutissaient à une prescription de médicament(s) ou de pansement(s) et 10 réunions (47,6%) à une orientation vers au moins un professionnel, à savoir vers une IDE dans 7 réunions.

DISCUSSION

Résultats principaux

L'étude a été menée de juin 2016 à décembre 2017 au PSP du Sud-Ouest Mayennais. 258 fiches de RCP ont été incluses. Les RCP étaient dispersées dans le temps avec une répartition sur 140 jours et une moyenne de 1,84 réunions par jour de concertation.

L'étude concernait 171 patients dont 92 femmes (54%) et 72 hommes (42%). 59 patients (34,5%) avaient plus de 75 ans et 22 patients (12,9%) étaient des mineurs de moins de 15 ans.

248 RCP (96,1%) étaient composées de deux professionnels et 242 RCP (93,8%) étaient pluriprofessionnelles. Le médecin généraliste intervenait dans 213 réunions (82,6%) et l'IDE dans 190 réunions (73,6%). La collaboration IDE/médecin généraliste était la plus fréquente (n=173, 67,1%). Il y avait au moins un intervenant extérieur dans 42 réunions (16,3%).

Les pathologies liées à la sphère cutanée et à la sphère psychologique représentaient plus de la moitié des réunions (n=145, 56,2%). Les motifs différaient fortement selon les lieux. Pour les pathologies cutanées, le médecin et l'IDE intervenaient ensemble dans la quasi-totalité des réunions. Pour les troubles de l'apprentissage ou les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, divers duos et trios de multiples catégories professionnelles de santé mais aussi du milieu éducatif se réunissaient, avec une participation notable des parents.

357 décisions ont été étudiées. La prescription de médicament(s) et/ou de pansement(s) et l'orientation vers un professionnel de santé étaient les deux décisions les plus fréquentes à l'issue des RCP, respectivement dans 146 réunions (56,6%) et dans 123 réunions (47,7%). Le médecin généraliste et l'IDE étaient les plus fréquemment sollicités.

21 patients ont bénéficié de RCP alors même qu'ils ont un dossier PAERPA. Le médecin généraliste et l'IDE intervenaient dans la majorité des cas, respectivement dans 19 RCP (90,5%) et dans 18 RCP (85,7%). Les motifs des RCP étaient variés. Les décisions les plus fréquentes étaient les mêmes que pour la population principale de l'étude.

Forces et limites de l'étude

A l'heure où les soins primaires sont en pleine mutation, ce travail est l'un des premiers à s'intéresser aux activités de concertation pluriprofessionnelles au sein des MSP. Il a été souhaité par les professionnels du terrain et devrait intéresser les institutions et les financeurs. Il permet de rendre compte du travail réalisé au sein de la structure du PSP du Sud-Ouest Mayennais.

L'analyse des RCP a été exhaustive sur l'activité de concertation tracée par les membres de la MSP. Notons l'aspect multidimensionnel de cette étude par l'analyse des caractéristiques des patients, des professionnels, des motifs évoqués et des décisions prises. La durée de l'étude, de 18 mois, permet une bonne représentativité dans le temps en évitant notamment la variabilité saisonnière.

La validité et la fiabilité du recueil ont été renforcées par l'utilisation de la CISP-2 et par le codage indépendant réalisé par chacune des thésardes avec un recours à la directrice de thèse en cas de désaccord.

Un des biais principaux est un biais d'information. D'une part, les RCP ne reflètent pas toute l'activité de concertation au sein du PSP. De nombreuses réunions PAERPA se sont tenues au PSP du Sud-Ouest Mayennais. Ainsi, beaucoup de situations complexes échappent aux RCP. Aussi, ce biais peut expliquer un nombre de patients âgés de plus de 75 ans en situation complexe relativement plus faible qu'attendu.

D'autre part, toutes les réunions n'aboutissent pas à la rédaction d'une fiche. Les raisons peuvent être multiples : manque d'intérêt ou de motivation du professionnel, manque de temps ou simple oubli. Les réunions mensuelles du PSP sont l'occasion de relancer les intervenants sur la réalisation des RCP et la rédaction des fiches.

En 2003, l'OMS a reconnu la CISP-2 comme la classification internationale de référence pour les soins primaires (26). Dans notre étude, elle paraît la plus adaptée comparée à la CIM-10 et à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

La CISP-2, basée sur les plaintes et les symptômes des patients, est destinée à décrire la consultation de médecine générale et non la concertation pluriprofessionnelle.

Il a donc été parfois difficile ou même impossible de coder le motif ou la pathologie et les décisions prises à l'issue de la réunion.

Au cœur de ce problème, on retrouvait par exemple les situations d'organisation des soins ou de maintien à domicile, les situations liées à une réévaluation thérapeutique (par exemple : révision de l'ordonnance et participation du pharmacien à la surveillance de la prise de benzodiazépine), les problèmes sociaux, etc. Pour les prises en charge éducatives et sociales, certaines décisions n'ont pas pu être codées (par exemple : limiter les exigences scolaires écrites, motiver l'enfant, adapter le matériel scolaire, etc.).

De plus, nous avons dû procéder à des regroupements afin de pouvoir effectuer le codage. Par exemple, pour le motif « mauvaise compliance du patient », cela a englobé : refus des séances de psychomotricité, rendez-vous multiples manqués avec la diététicienne ou la psychomotricienne, refus de traitement médicamenteux, mauvaise observance des traitements à domicile....

En conséquence, ce classement a abouti à une perte de précision.

Dynamique des RCP

Au PSP du Sud-Ouest Mayennais, nous avons constaté que les RCP étaient peu formalisées et dispersées dans le temps, sans véritable plage dédiée pour ces réunions. Le cadre des RCP était aussi très variable : il pouvait s'agir d'un contact face à face, d'un appel téléphonique (les intervenants extérieurs ne se déplaçant pas au pôle) ou même de réunions en dehors de la structure.

Des analyses qualitatives réalisées en 2013, dans le cadre des ENMR, ont montré que la formalisation des pratiques pluriprofessionnelles était très minoritaire (27).

Une étude qualitative (28), réalisée au Pays Bas, a permis d'observer et d'analyser la tenue de RCP. Elle a mis en évidence un manque de structuration de ces réunions. Les actions proposées par les participants étaient nombreuses mais il n'y avait pas d'objectif clairement formulé, l'élaboration d'un plan de soins partagé était donc difficile.

A l'issue de ce travail, nous pouvons faire le constat d'une organisation de terrain différente de celle préconisée dans l'ACI ou par la HAS. En effet, dans l'ACI (17), l'organisation des RCP devrait se traduire par la réalisation d'au moins 6 réunions par an, où plusieurs dossiers de patients relevant de thèmes listés sont discutés entre les professionnels de la structure. Quant à la HAS (20), elle recommande, pour une meilleure efficacité, une structuration des RCP autour de quelques principes : organisation à une fréquence régulière, ouverture à tous les professionnels concernés, prise en charge formalisée, activité de suivi et de réévaluation...

L'ACI n'est pas explicite concernant certains aspects des réunions. La réalisation de réunions en dehors de la structure n'est pas notifiée. Aussi, la participation de professionnels extérieurs à la structure, qui représente une part importante dans notre travail, n'est pas précisée.

En revanche, les motifs qui doivent faire l'objet des RCP dans l'accord correspondent avec ceux évoqués lors des RCP de notre étude (ANNEXE II).

Selon les textes, les RCP devraient également permettre l'élaboration de protocoles. A notre connaissance, les réunions observées dans notre étude n'ont pas donné lieu à la réalisation de protocoles.

Différents degrés de concertation

Le cadre des RCP étant relativement souple, il peut exister différents degrés de concertation : simple transmission d'information, sollicitation d'un avis, concertation plus complexe avec multiples acteurs. Careau a défini un Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle (29), reposant sur 4 axes : la situation du patient, l'intention de collaboration, les interactions entre les individus et les savoirs disciplinaires. Ces trois derniers axes dépendent de la complexité de la situation : si les besoins du patient augmentent, le partage des décisions, l'interdépendance, l'interdisciplinarité se renforcent aussi.

Dans notre étude, il a été difficile d'estimer la « profondeur » de la concertation, les éléments de discussion tracés étant relativement pauvres pour certaines fiches. Les comptes rendus de RCP étaient rédigés de façon synthétique et ne regroupaient pas tous les éléments de la discussion.

Notamment, la durée de la réunion n'était pas indiquée. Il ne semblait pas y avoir de réutilisation ou de mise à jour des fiches lors des RCP suivantes le cas échéant.

Ainsi, nous pouvons penser que ces fiches ont principalement un rôle de traçabilité de la discussion. Un des intérêts principaux de cette traçabilité est de valoriser le travail des professionnels, par l'intermédiaire d'une rémunération, sous réserve de la mise à disposition des fiches à la CPAM.

Il peut être fait un parallèle avec les réunions PAERPA qui sont très protocolisées, « figées » dans le temps avec un délai de 6 mois entre deux réunions, avec des comptes rendus détaillés et réactualisés. A l'opposée, les RCP, plus flexibles, apparaissent donc comme un outil supplémentaire et complémentaire.

Freins à la collaboration

Dans l'étude, ce sont souvent les mêmes catégories professionnelles qui se regroupaient lors des RCP. Deux raisons principales peuvent être évoquées : la non-participation aux activités de concertation de certains professionnels et l'absence de traçage de cette concertation. Certains professionnels participaient peu aux réunions, comme les pharmaciens, les kinésithérapeutes, la diététicienne, l'assistante sociale, etc. Parmi les médecins, tous ne participaient pas aux RCP.

Une revue systématique (30) réalisée en 2014 a recensé de nombreux obstacles perçus par les acteurs de soins primaires. Parmi eux étaient cités la méconnaissance des rôles et des compétences de chacun, le manque d'expérience, la difficulté à définir la place de chaque professionnel, le manque de temps des professionnels, le risque de perte de confidentialité, l'éloignement géographique, etc.

Certains médecins peuvent aussi exprimer des réticences à accepter « l'horizontalisation des relations avec les autres soignants » et donc à s'investir dans la collaboration (27,31). La communication semble facilitée par une relation de confiance entre les professionnels avec parfois un rôle dominant des médecins généralistes au moment des prises de décisions (28).

Dans certaines équipes, des professionnels (paramédicaux, pharmaciens, ...) sont parfois moins rémunérés que les médecins ou même non rémunérés pour compenser ce temps passé à la collaboration (27,30,32).

De plus, ils n'ont pas tous accès au logiciel patient ou alors celui-ci n'est pas adapté à leur profession, ce qui ne facilite pas leur intégration au sein des pratiques collaboratives. Dans sa thèse (33), Dehouck expose la difficulté des pharmaciens travaillant dans les MSP, à collaborer de façon efficace. En effet, la plupart des logiciels, n'ont pas « d'interface pharmacien » donc ces professionnels n'ont pas accès aux données médicales du patient. Parfois, seule une fonction de consultation leur est permise. Le système d'information partagé devrait donc être amélioré.

Spécificités des motifs selon les lieux

Dans notre étude, les problèmes de santé discutés lors des RCP différaient selon les lieux. En effet, selon les sites, et même parfois au sein d'une même catégorie professionnelle, les habitudes et les dynamiques de travail peuvent être variées. Ces spécificités peuvent être liées aux professionnels impliqués, à l'intérêt qu'ils portent à certaines pathologies et à des compétences communes ou complémentaires, les amenant à travailler ensemble. On observait donc souvent les mêmes duo et trio d'intervenants au sein d'un même site.

Par exemple, à Renazé, nous avons vu que les pathologies cutanées étaient très souvent au cœur des RCP. Sur ce site, il semblerait que les médecins et les IDE aient initié leur collaboration par cette problématique, naissant directement des besoins de chacun. Celle-ci a été facilitée par une grande proximité (bureaux côte à côte), et des intérêts complémentaires. Le médecin et l'IDE étant en relation directe, le patient peut bénéficier d'une consultation conjointe. Ainsi, on obtient un gain de temps, et très probablement d'efficacité, même si ce dernier ne peut être mesuré.

Cécile Fournier explique qu'il existe différentes manières de travailler en équipe selon les lieux, une MSP étant « le produit d'une histoire singulière » (31). Chaque professionnel a une vision du travail pluriprofessionnel qui lui est propre à laquelle s'ajoutent les priorités personnelles et les logiques propres à chaque profession (31).

CONCLUSION

La composition des équipes de soins primaires est un déterminant important de l'activité de concertation en soins primaires. Nos résultats, issus d'un pôle de santé atypique par le nombre et la grande variété de professionnels, sont probablement difficiles à extrapoler sur le territoire national.

Les RCP réalisées au PSP n'étaient pas représentatives de toute l'activité de concertation, cela étant expliqué en partie par la coexistence d'autres activités interprofessionnelles comme le dispositif PAERPA. La forme des RCP était très variable et se dessinait selon les besoins de chaque situation, allant de la simple transmission d'informations à l'échange plus complexe.

Bien que les RCP modifient les prises en charge des patients, leur bénéfice n'est pas mesurable au terme de ce travail. Ces résultats sont une première contribution à un projet plus vaste visant à décrire les RCP au sein d'un panel représentatif d'équipes de soins primaires, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et leur impact.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Cartier T, Mercier A, de Pourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. 2012;23(101):65-71.
3. Starfield B. Is Primary-Care Essential? The Lancet. 1994;344:1129-33.
4. Safon M-O. La loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2018 [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf
5. Commission Paritaire Nationale des Structures Pluri-Professionnelles [Internet]. 2018 juin [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/diaporama-cpn-du-13-06-2018.pdf>
6. Article L6323-3 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 118. Code de la santé publique.
7. Article L1434-2 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 8. Code de la santé publique.
8. Les structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. 2018 [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluri-professionnelles/structures-sante-pluri-professionnelles>
9. Mousquès J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES; 2014.
10. Communes du pays de Craon [Internet]. Pays de Craon. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.paysdecraon.fr/la-communaute-de-commune/communes-du-pays-de-craon/>
11. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. 2014 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
12. Zonage Médecin pour les Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/paps/installation/documents/carte-zonage-pays-de-la-loire-2018-medecin-departement.pdf>
13. ARS. Zonage conventionnel des IDE en Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/2013/2013-12-zonages_conventionnels_professions_liberales/medecins_infirmiers/Zonage_IDE.pdf
14. ARS. Zonage conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes en Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/2013/2013-12-zonages_conventionnels_professions_liberales/masseurs_kine/Zonage_MK.pdf

15. Professionnels de santé [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.paysdecraon.fr/sante/sante/professionnels-services-de-sante/pole-sante/>
16. Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie [Internet]. 2015 [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031249985>
17. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/aci-jo.pdf>
18. Commission Paritaire Nationale des Structures Pluri-Professionnelles - données non publiées. 2019.
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 96. janv 26, 2016.
20. HAS. Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. 2015 mai p. 15-6.
21. Le dispositif Paerpa [Internet]. 2017 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
22. Careau E. Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires [Thèse de médecine]. [Québec]: Laval; 2013.
23. HAS. Réunion de concertation pluridisciplinaire [Internet]. 2017 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
24. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;
25. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034634217&categorieLien=id>
26. Derived and related classifications in the WHO-FC [Internet]. WHO. 2014 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/classifications/related/en/>
27. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Question d'économie de la Santé. 2014;(200):8.
28. van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. Family Practice. févr 2017;34(1):98-106.
29. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 2014.

30. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*. 1 déc 2015;37(4):716-27.
31. Fournier C. Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2019;37(1):72-91.
32. Stetten NE, Hagen MG, Nall RW, Anderson KV, Black EW, Blue AV. Interprofessional collaboration in a transitional care management clinic: A qualitative analysis of health professionals experiences. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 1 sept 2018;12:73-7.
33. Dehouck A. Quelle place pour le pharmacien d'office dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ? [Thèse de pharmacie]. Lille; 2017.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Analyse des données	13
Figure 2 : Diagramme de flux.....	14
Figure 3 : Nombre de fiche(s) par patient (N=171)	15
Figure 4 : Nombre de fiche(s) manuscrites et informatisées par trimestre.....	16
Figure 5 : Age des patients	17
Figure 6 : Motifs les plus fréquents selon la catégorie CISP-2	19
Figure 7 : Décisions les plus fréquentes.....	23
Figure 8 : Analyse détaillée de la prescription de médicaments.....	23
Figure 9 : Analyse détaillée de la prescription de pansements	23
Figure 10 : Organisation du parcours de soins	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Professionnels impliqués	18
Tableau II : Motifs les plus fréquents selon la catégorie CISP-2	20
Tableau III : Motifs les plus fréquents selon le code CISP-2.....	20

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET MÉTHODES	9
1. Matériel d'étude	9
2. Méthodes.....	9
2.1. Constitution de la base de données	9
2.1.1. Base de données et anonymisation	9
2.1.2. Dossier médical du patient	9
2.1.3. Dispositif PAERPA	10
2.2. Données recueillies.....	10
2.3. Codage selon la CISP-2.....	10
2.3.1. Codage des motifs de l'étude.....	11
2.3.2. Codage des procédures de l'étude.....	12
2.3.3. Codage indépendant.....	12
2.3.4. Analyse.....	12
3. Aspects éthiques et réglementaires.....	13
RÉSULTATS	14
1. Données générales.....	14
1.1. Nombre de fiches analysées	14
1.2. Nombre de fiches par patient	15
2. Contexte des réunions	15
2.1. Lieu des réunions	15
2.2. Date des réunions et informatisation des fiches	15
2.3. Fiches incomplètes	16
2.4. Information des patients de la tenue de la RCP	16
3. Caractéristiques des patients.....	17
4. Caractéristiques des professionnels impliqués.....	17
5. Motifs des RCP	19
6. Décisions à l'issue des RCP	21
7. Analyse en sous-groupe des patients du dispositif PAERPA	25
7.1. Caractéristiques des patients.....	25
7.2. Caractéristiques des professionnels impliqués	25
7.3. Motifs des RCP.....	25
7.4. Décisions à l'issue des RCP.....	25
DISCUSSION	26
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE.....	33
LISTE DES FIGURES	36
LISTE DES TABLEAUX.....	37
TABLE DES MATIERES	38
ANNEXES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXES

ANNEXE I- Professionnels médicaux et paramédicaux libéraux du PSP en 2017

Lieux Professionnels	Craon	Renazé	Ballots	Cuillé	Cossé le Vivien	Saint- Aignan- sur-Roë	Total
Médecins	7	6	1	1	3		18
Infirmiers	8	4	5		5	3	25
Kinésithérapeutes	2	1					3
Sage-Femme	1						1
Podologues	1	1			2		4
Orthophonistes	1	1					2
Diététicienne	1						1
Psychomotricienne	1						1
Pharmaciens	2	1	1	1	1	1	7
Ambulanciers	2						2
Dentiste	1						1
Psychologue	1						1
TOTAL	28	14	7	2	11	4	66

La diététicienne, la psychomotricienne et la psychologue sont rattachées à la MSP de Craon mais peuvent intervenir sur plusieurs sites.

ANNEXE II- Thèmes privilégiés pour la réalisation de protocoles de prise en charge pluriprofessionnelle et pour la tenue de réunions de concertation.

-Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves, etc.

-Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxiodépressif, etc.

-Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK, insulinothérapie, etc.

-Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition, etc.), plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique), patients polypathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC, etc.

-Patients obèses

-Grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples, etc.) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions, etc.)

-Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intra familiale.

ANNEXE III- La fiche de RCP manuscrite et informatisée

Releve de conclusions - RCP

Date et heure de la RCP : 15/5/2016

La patient est-il informé de la RCP :

OUI

NON

Nom du patient :

Nom des participants :

I DE / D?

Motifs de la RCP (argumentation) :

Contrôle Posement après ↑ lésion
suspecte du visage.

Éléments de discussion :

→ doute sur attitude devant
aspect flou alt.

Décisions (contenu de l'action) :

→ ↑ fil alt.

Maison de Santé Pluriprofessionnelle

5 route de Nantes
53400 CRAON
Tel : +33(2) 53 94 52 52

RCP : RELEVÉ DE CONCLUSIONS

LE SITE :
Maison Médicale de Craon
5 route de Nantes 53400 CRAON
02 53 94 52 52

Coordonnées du patient :
Nom-Prénom :
Date de naissance :
N° de SS :
Profession :

Médecin Traitant déclaré :
Nom-Prénom :
Coordonnées :

1- Informations sur le dossier :

Date et heure de la RCP : 17 oct. 2017

Le patient est informé de la RCP : non

Nom de PS référent : dr

Nom des PS participant à la RCP du Patient :

dr
IDE

2- Motifs de la RCP (argumentation) :

réévaluation des tr cognitifs

3- Les éléments de discussion :

stabilité de l humeur et des tr du comportement

4- Décisions (contenu de l'action) :

poursuite du traitement et de la asurveillance clinique
et réévaluation dans un mois

ANNEXE IV- La CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Burnite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire
Procédures	Syst. Digestif D D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécytite/cholécystite D99 Autre maladie du syst. Digestif	Oreille H H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Précoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne sévère H73 Salpingite d'eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. supér. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otitis sévère H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	Neurologique N N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralyse/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méninigit/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Comotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaques N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Agie vasculaire de la face N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell N92 Décompensation cardiaque N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
Procédures	CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NÉOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Cardio-vasculaire K K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d' de l'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/Flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	
Procédures	spécifié A A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Gonflement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinales A85 Effet sec. subst. médicinales A86 Effet toxique subst. non médicinales A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé		

ANNEXE V- Analyse des médecins spécialistes impliqués

Médecin spécialiste	Nombre de réunions
Pédiatre	3
Médecin du travail	2
Psychiatre	2
Biologiste	1
Chirurgien orthopédiste	1
Gastroentérologue	1
Gériatre	1
Hématologue	1
Médecin conseil de la CPAM	1
Médecin de PMI	1

ANNEXE VI- Analyse des réunions à trois et quatre professionnels

Professionnel 1	Professionnel 2	Professionnel 3	Motif (code CISP-2)
Médecin généraliste	IDE libérale	Secrétaire médicale	R02- Dyspnée
Psychomotricienne	SERDAA	Pédiatre	F28- Limitation de la fonction ou incapacité
Psychomotricienne	Psychologue	Orthophoniste	P23- Troubles du comportement de l'adolescent
Médecin généraliste	IDE libérale	Kinésithérapeute	P74- Trouble anxieux
Psychomotricienne	Puéricultrice PMI	Médecin PMI	P22- Troubles du comportement de l'enfant
Médecin généraliste	Médecin généraliste	IDE libérale	S76- Dermo-hypodermite infectieuse
Médecin généraliste	Médecin généraliste	Psychomotricienne	P23- Troubles du comportement de l'adolescent
Médecin généraliste	IDE libérale	Orthophoniste	A28- Limitation de la fonction ou incapacité
Médecin généraliste	IDE libérale	IDE libérale	A87- Complications de traitement médical

Professionnel 1	Professionnel 2	Professionnel 3	Professionnel 4	Motif (code CISP-2)
Médecin généraliste	Médecin généraliste	Psychologue	Psychomotricienne	P22- Troubles du comportement de l'enfant

ANNEXE VII- Analyse des réunions monoprofessionnelles

Réunions non pluriprofessionnelles	Nombre de réunions	Motif des réunions
Médecin généraliste / Médecin généraliste	3	A11- Douleur thoracique B60- Résultat analyse sang A25- Peur de la mort
Médecin généraliste / Médecin du travail	2	A05- Sensation d'être malade Z05- Problème de travail
Médecin généraliste / Psychiatre	2	P98- Psychose aiguë P72- Schizophrénie
Médecin généraliste / Pédiatre	1	P01- Sensation d'anxiété
Médecin généraliste / Biologiste	1	U70- Pyélonéphrite
Médecin généraliste / Gastroentérologue	1	B80- Anémie martiale
Médecin généraliste / Hématologue	1	B99- Autre maladie du sang
Médecin généraliste / Médecin conseil de la CPAM	1	Z05- Problème de travail
IDE libérale / IDE CHLSOM	2	NC- Non codé
IDE libérale / IDE hospitalière	2	NC- Non codé NC- Non codé

ANNEXE VIII- Analyse des motifs selon la catégorie CISP-2

Catégorie CISP-2	Nombre total de réunions (N=258) (%)	Dont nombre de réunions à Craon (n=123) (%)	Dont nombre de réunions à Renazé (n=126) (%)
S- Peau	91 (35,3)	8 (6,5)	81 (64,3)
P- Psychologique	54 (21)	47 (38,2)	5 (4)
A- Général	29 (11,2)	10 (8,1)	17 (13,5)
Z- Social	12 (4,7)	10 (8,1)	2 (1,6)
T- Métabolique, nutritionnel, endocrinien	11 (4,3)	5 (4,1)	6 (4,8)
B- Sang, résultats biologiques	9 (3,5)	8 (6,5)	1 (0,8)
K- Cardio-vasculaire	7 (2,7)	4 (3,3)	2 (1,6)
W- Grossesse, accouchement	7 (2,7)	7 (5,7)	0
L- Ostéoarticulaire	5 (1,9)	2 (1,6)	3 (2,4)
D- Digestif	4 (1,6)	2 (1,6)	2 (1,6)
N- Neurologique	4 (1,6)	4 (3,3)	0
R- Respiratoire	3 (1,2)	3 (2,4)	0
X- Système génital féminin	3 (1,2)	3 (2,4)	0
F- Oeil	1 (0,4)	1 (0,8)	0
U- Système urinaire	1 (0,4)	1 (0,8)	0
NC- Non codé	17 (6,6)	8 (6,5)	7 (5,6)

ANNEXE IX- Fiches pour lesquelles le motif n'a pas été codé selon la CISP-2

5 fiches concernent une problématique liée à une sortie d'hospitalisation.

4 fiches concernent une problématique sur une ordonnance (exemple : médicament manquant, rupture en pharmacie, synthèse d'ordonnances).

4 fiches concernent une réévaluation de la thérapeutique actuelle.

2 fiches concernent la réorganisation des soins au domicile.

1 fiche concerne un avis spécialisé sur le matériel médical.

1 fiche concerne une réflexion sur l'organisation d'un rendez-vous commun.

ANNEXE X- Analyse des motifs selon le code CISP-2

Code CISP-2	Nombre de fiches
S97- Ulcère chronique cutané	49
P24- Troubles de l'apprentissage	24
A87- Complication de traitement médical	12
S11- Infection post traumatique cutanée	11
P22 et P23- Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent	10
T89- Diabète	8
B60- Résultat d'examen biologique	7
A04- Altération de l'état général	6
P70- Démence	6
Z11- Défaut de compliance thérapeutique	6
A01- Douleur générale	5
P76- Dépression	5
S09- Doigt ou orteil infecté	5
S76- Dermo-hypodermite infectieuse	5
Z28- Limitation de la fonction ou incapacité	4
N81- Autre lésion traumatique neurologique	4
S10- Furoncle	4
S18- Coupure ou lacération	3
S14- Brûlure cutanée	3
W94- Mastite puerpérale	2
S87- Dermate atopique ou eczéma	2
S74- Dermatophytose	2
P20- Perturbation de la mémoire	2
W12- Contraception intra-utérine	2
K92- Athérosclérose	2
K77- Décompensation cardiaque	2
A28- Limitation de la fonction ou incapacité	2
S85- Kyste pilonidal	2
K94- Phlébite	2
D95- Fissure anale	2
R02- Dyspnée	2
W81- Toxémie gravidique	2
Z05- Problème de travail	2
P01- Sensation d'anxiété	2
S16- Ecchymose ou contusion	2
L16- Symptôme ou plainte de la cheville	2
D29- Symptôme ou plainte du système digestif	1
L72- Fracture du radius ou de l'ulna	1
P72- Schizophrénie	1
S06- Eruption localisée	1
X84- Vaginite	1
B80- Anémie martiale	1
T10- Retard de croissance	1

K07- Œdème des chevilles	1
U70- Pyélonéphrite	1
B99- Autre maladie du sang	1
P98- Autre psychose	1
F28- Limitation de la fonction ou incapacité	1
P04- Irritabilité ou colère	1
P15- Alcoolisme chronique	1
L97- Autre tumeur bénigne	1
T86- Hypothyroïdie	1
A25- Peur de la mort	1
T92- Goutte	1
L17- Symptôme ou plainte du pied ou de l'orteil	1
W11- Contraception orale	1
D10- Vomissements	1
A06- Syncope	1
S77- Cancer de la peau	1
X70- Syphilis	1
S79- Autre tumeur bénigne de la peau	1
X86- Frottis de col anormal	1
A11- Douleur thoracique	1
R78- Bronchite aiguë	1
A05- Sensation d'être malade	1
P74- Trouble anxieux	1

ANNEXE XI- Analyse des décisions selon le code CISP-2

Code CISP-2 des différents types de décisions	Nombre total de décisions (N=357) (%)	Dont nombre de décisions à Craon (n=181) (%)	Dont nombre de décisions à Renazé (n=163) (%)	p-value (comparaison Craon/Renazé)
50- Médication ou injection	78 (21,8)	37 (20,4)	37 (22,7)	NS
56- Pansement, compression ou bandage	73 (20,4)	8 (0,04)	64 (39,3)	p<0,001
66- Orientation vers un prof SP non-médecin	68 (19)	44 (24,3)	24 (14,7)	NS
67- Orientation vers un médecin ou hospitalisation	64 (17,9)	34 (18,8)	25 (15,3)	NS
58- Conseil thérapeutique, écoute ou examen	20 (5,6)	18 (9,9)	2 (1,2)	p<0,01
68- Autre orientation	21 (5,9)	18 (9,9)	2 (1,2)	p<0,01
34- Autre analyse de sang	10 (2,8)	7 (3,9)	2 (1,2)	NA
62- Contact administratif	8 (2,2)	6 (3,3)	2 (1,2)	NA
41- Radiologie diagnostique ou imagerie	6 (1,7)	3 (1,7)	2 (1,2)	NA
57- Thérapie manuelle ou médecine physique	5 (1,4)	4 (2,2)	1 (0,6)	NA
53- Perfusion ou appareillage	2 (0,6)	0	2 (1,2)	NA
43- Autre procédure diagnostique	1 (0,3)	1 (0,6)	0	NA
59- Autre procédure thérapeutique	1 (0,3)	1 (0,6)	0	NA

NA : Non Applicable

NS : Non Significatif

ANNEXE XII- Analyse des motifs des RCP des patients faisant partis du dispositif PAERPA

Motif selon le code CISP-2	Nombre de réunions
B60- Résultat d'examen biologique	1
B80- Anémie martiale	1
K07- Œdème des chevilles	1
K92- Athérosclérose	1
P70- Démence	1
P76- Dépression	1
S16- Ecchymose ou contusion	1
S97- Ulcère chronique cutané	1
T86- Hypothyroïdie	1
T89- Diabète	2
Z11- Défaut de compliance thérapeutique	2
Z28- Limitation de la fonction ou incapacité	2
NC- Non codé	3

Rapport-Gratuit.com

FENOT Mélanie et ROBY Cloé

Analyse descriptive des réunions de concertation pluriprofessionnelles du Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais

RÉSUMÉ

Introduction : En France, les équipes de soins primaires des maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent bénéficier d'un soutien financier en organisant des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) centrées sur les patients en situation complexe. Les activités de concertation se sont ainsi développées mais n'ont jamais été analysées, ce qui empêche toute évaluation de leur qualité et de leur impact.

Méthodes : Les comptes-rendus des réunions ayant eu lieu entre mai 2016 et décembre 2017 au Pôle Santé du Sud-Ouest Mayennais ont été recueillis. Une analyse descriptive systématique des caractéristiques des patients, des professionnels impliqués, des motifs et des décisions prises à l'issue de la réunion a été réalisée.

Résultats : 258 fiches ont été incluses, soit 171 patients dont 92 femmes (54%) et 72 hommes (42%). 59 patients (34,5%) avaient plus de 75 ans et 22 patients (12,9%) étaient des mineurs de moins de 15 ans. 248 RCP (96,1%) étaient composées de deux professionnels. Le binôme IDE/médecin généraliste était le plus fréquent (n=173, 67,1%). Au moins un intervenant extérieur à la MSP était présent dans 42 RCP (16,3%). Les pathologies liées à la sphère cutanée et à la sphère psychologique représentaient plus de la moitié des RCP (n=145, 56,2%). Les décisions les plus fréquentes étaient la prescription de médicament ou de pansement (n= 146 RCP, 56,6%) et l'organisation du parcours de soins (n=123 RCP,47,7%) : orientation vers un professionnel ou hospitalisation du patient.

Conclusion : La forme des RCP était très variable et se dessinait selon les besoins de chaque patient, allant de la simple transmission d'informations à l'échange plus complexe. La composition des équipes de soins primaires est un déterminant important de l'activité de concertation en soins primaires. Ces résultats, issus d'un pôle de santé atypique, sont probablement difficiles à extrapoler sur le territoire national.

Cette étude est une première contribution à un projet plus vaste visant à décrire les RCP au sein d'un panel représentatif d'équipes de soins de santé primaires, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et leur impact.

Mots-clés : soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, réunions de concertation pluriprofessionnelles

Description of "interprofessional consultation meetings" in a French interprofessional primary care team.

ABSTRACT

Introduction : In France, the interprofessional primary care teams can receive financial support if they organize interprofessional consultation meetings (ICM) focused on patients in complex situations. The ICM have thus developed but have never been analyzed, which prevents any assessment of their quality and impact.

Methods : Meeting reports held between May 2016 and December 2017 in a interprofessionnal primary care team in the South-West Mayenne were collected. A systematic descriptive analysis of the characteristics of the patients, the professionals involved, the reasons and decisions taken at the end of the meeting was carried out.

Results : 258 meeting reports were analyzed, in relation with 171 unique patients including 92 women (54%) and 72 men (42%). 59 patients (34.5%) were over 75 years old and 22 patients (12.9%) were minors under 15 years of age. 248 ICM (96.1%) consisted of two professionals. The nurse- general practitioners combination was the most common (n = 173, 67.1%). At least one stakeholder outside the primary care team was present in 42 ICM (16.3%). Skin problems (n=91, 35.3%) and psychological disorders (n=54, 20.9%) were the situations most often discussed. 146 meetings (56.6%) resulted in a prescription-related decision, and 123 (47,7%) in a care organization-related decision.

Conclusion : The form of ICM was very variable and was designed according to the needs of each patient, ranging from the simple transmission of information to more complex exchanges. The composition of primary care teams is an important determinant of this developing activity. These results, coming from an atypical interprofessional primary care team, are probably difficult to extrapolate on the national territory. This study is a first contribution to a larger project aiming at describing ICM in a representative panel of primary health care teams, as well as their implementation conditions.

Keywords : primary care, multiprofessional health centers, interprofessional consultation meetings