



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etat des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi  
des Plateformes Territoriales d'Appui  
en France en 2019**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 30 octobre 2019 à 18 h  
Au Pôle Formation  
**Par Camille POIRET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **ABREVIATIONS**

**AAH:** Allocation Adultes Handicapés

**AME:** Aide Médicale de l'Etat

**ANAES:** Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

**APEI:** Association de Parents d'Enfants et amis de personnes Inadaptées

**APF:** Association France Handicap

**ARESPA:** Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui

**ARS:** Agence Régionale de Santé

**CAMPS:** Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CCAS:** Centre Communal d'Action Sociale

**CLIC:** Centre Local d'Information et de Coordination

**CMU:** Couverture Maladie Universelle

**CMUC:** Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNAMTS:** Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CPTS:** Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**CR:** Compte-rendu

**CSG:** Court Séjour Gériatrique

**DGOS:** Direction Générale de l'Offre de Soins

**DMP:** Dossier Médical Partagé

**ESP:** Equipe de Soins Primaires

**ETP:** Education Thérapeutique du Patient

**FIR:** Fonds d'Intervention Régional

**GTR:** Groupe de Travail Recherche

**HAD:** Hospitalisation A Domicile

**HAS:** Haute Autorité de Santé

**HCQI:** Health Care Quality Indicators

**HPST:** Hôpital, Patients, Santé et Territoire

**ISQ:** Indice Synthétique de Qualité

**MAIA:** Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

**MDPH:** Maison départementale des personnes handicapées

**OCDE:** Organisation de Coopération et de Développement Economiques

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**PAERPA:** Parcours de santé des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

**PPS:** Plan Personnalisé de Soins

**PSI:** Plan de Service Individualisé

**PSL:** Professionnels de Santé Libéraux

**PTA:** Plateforme Territoriale d'Appui

**SAAD:** Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

**SAMSAH:** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SAVS:** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**SESSAD:** Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

**SPASAD:** Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

**SSIAD:** Service de Soins Infirmiers à Domicile

**VAE:** Validation des Acquis de l'Expérience

## **TABLE DES MATIERES**

<b>RESUME</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>I. Coordination de parcours complexes</b>	<b>12</b>
A. Parcours complexes	12
B. Niveaux de coordination	13
C. Les acteurs de la coordination	13
D. Les Plateformes Territoriales d'Appui	14
1) Historique	14
2) Définition	15
3) Les missions de la PTA	15
4) Le projet de PTA du Douaisis	16
<b>II. Complexité des indicateurs</b>	<b>17</b>
<b>III. Question de recherche</b>	<b>18</b>
<b>METHODE</b>	<b>20</b>
<b>I. Population cible</b>	<b>21</b>
<b>II. Rédaction du questionnaire</b>	<b>21</b>
<b>III. Recueil des indicateurs</b>	<b>22</b>
A. Contact des PTA	22
B. Recueil des données	22
<b>IV. Analyse des données recueillies</b>	<b>22</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>24</b>
<b>I. Schéma des sollicitations des PTA</b>	<b>25</b>
<b>II. Profil des Plateformes Territoriales d'Appui</b>	<b>28</b>
A. Provenance des PTA	28
B. Nombre d'habitants couverts par le territoire des PTA	29
C. Date de lancement	30
D. Type de population	31
<b>III. Evaluations des PTA: nombre et rythme</b>	<b>32</b>
A. Nombre d'évaluations effectuées depuis la création de la PTA	32
B. Rythme d'évaluation	33

<b>IV. Liste des indicateurs</b>	<b>34</b>
<b>V. Origine des indicateurs</b>	<b>41</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>42</b>
<b>I. Critiques de l'étude</b>	<b>43</b>
A. Limites de l'étude	43
B. Forces de l'étude	44
<b>II. Synthèse des résultats principaux</b>	<b>44</b>
A. Type d'indicateurs utilisés	44
B. Origine des indicateurs	45
<b>III. Réflexion sur les indicateurs</b>	<b>45</b>
A. Historique : pourquoi utiliser des indicateurs ?	45
B. Définitions : choix de bons indicateurs	46
C. Les différents types d'indicateurs	48
1) Les indicateurs de structure	48
2) Les indicateurs de processus	49
3) Les indicateurs de résultats	49
a) Clinique	49
b) Qualitatif	49
4) Les indicateurs d'impacts	50
a) Les impacts spécifiques	50
b) Les impacts globaux	50
D. Focus sur le suivi et l'évaluation	50
E. Limites de l'utilisation des indicateurs	51
<b>IV. Analyse des indicateurs des PTA de France</b>	<b>51</b>
A. Le fonctionnement	52
B. La qualité	54
C. La satisfaction	57
D. Origine des indicateurs	58
<b>V. L'ambition de la PTA du Douaisis</b>	<b>61</b>
A. Rappel du contexte et de la philosophie	61
B. Proposition d'une liste d'indicateurs	62
1) Indicateurs de fonctionnement	62

2) Indicateurs de qualité	62
a) Indicateurs intermédiaires	62
b) Indicateurs finaux	63
3) Indicateurs de satisfaction	63
a) Mesure de la satisfaction des patients	63
b) Mesure de la satisfaction des aidants	63
c) Mesure de la satisfaction des acteurs de santé des structures qui participent au projet PTA	63
d) Mesure de la satisfaction des professions de santé sollicitant la PTA	63
C. Perspectives	64
<b>CONCLUSION</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>73</b>

# RESUME

**Contexte** : La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet la mise en place de fonctions d'appui qui peuvent être organisées sous la forme de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours. Dans le cadre d'un projet de PTA sur le Douaisis, une réflexion est menée sur le choix d'indicateurs pertinents pour l'évaluation et le suivi. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA en France en 2019.

**Méthode** : Une étude observationnelle a été réalisée en contactant l'ensemble des PTA de France et en leur soumettant un questionnaire composé en 4 parties : les caractéristiques de la PTA, la méthode d'évaluation, les indicateurs, et enfin les commentaires libres. Les PTA ont été contactées par téléphone ou par mail. L'analyse des indicateurs a précisé leur fréquence d'utilisation et leur origine de conception (PTA ou ARS).

**Résultats** : Sur les 58 PTA répertoriées, 29 ont fourni une réponse exploitable (taux de réponse à 50%) permettant de recenser au total 95 indicateurs.

Le résultat principal de l'étude était que l'indicateur le plus utilisé par les PTA est « le nombre total de sollicitations » (23 PTA) puis « le nombre de personnes ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins » (22 PTA) et enfin l' « origine des sollicitations » (17 PTA). Aucune PTA n'utilisait que ses propres indicateurs et 90 % des PTA utilisaient uniquement des indicateurs créés par l'ARS.

**Conclusion** : Ce travail offre une première vision des évaluations des PTA à l'échelle nationale. Les résultats révèlent des indicateurs plus ou moins communs à l'ensemble des PTA et standardisés par les ARS en privilégiant des indicateurs dits de « fonctionnement ». L'ambition de la PTA du Douaisis est de s'inscrire dans une démarche d'évaluation favorisant des indicateurs de « qualité » qui s'intéressent à l'efficacité de la prise en charge des patients en situations complexes et des indicateurs de « satisfaction » des patients et des acteurs de santé. Les indicateurs utilisés pour le suivi de la PTA devront être évalués.

# INTRODUCTION

## I. Coordination de parcours complexes

La législation, selon l'article L.4130-1 du code de la santé publique, place le médecin généraliste 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* ». (1) Elle lui confère donc un rôle de pivot dans le système de soin Français. (loi « Hôpital Patients Santé et Territoires ») (HPST).

### A. Parcours complexes

Dans la majorité des cas, le médecin généraliste, grâce à ses compétences et à son propre réseau est capable d'orienter seul le patient dans son parcours de soin.

Il peut être confronté au cours de son exercice à des situations complexes pour lesquelles il a, à nouveau, ce rôle principal, de coordinateur avec l'aide éventuelle de dispositifs d'appui.

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.* » (2)

Une situation complexe peut correspondre à une situation fréquente rencontrée par le médecin généraliste mais pour laquelle de nombreux acteurs sont nécessaires (exemples: soins palliatifs, fin de vie, précarité...) ou une situation plus rare pour laquelle le médecin généraliste n'est pas souvent confronté (exemples: maladie neuro-dégénérative, cancer de l'enfant...).

Le médecin généraliste peut alors se sentir démuni face à ces situations souvent difficiles à gérer seul.

## B. Niveaux de coordination

En 1945, se développe un réseau de soins à but non lucratif en Californie aux Etats-Unis sous le nom de « Kaiser Permanent ». Ce modèle permet de définir le mode de gestion du patient en fonction du niveau de risque auquel il appartient. Il existe ainsi 3 niveaux représentés par la pyramide de Kaiser. (3) (Annexe 1)

- Niveau 0 correspond à la population globale en « bonne santé », la prise en charge consiste en la prévention et la promotion du bien-être.
- Niveau 1 « Management population » correspond aux maladies chroniques à faible risque. Il englobe la prévention, l'accès aux soins primaires, l'orientation du patient dans le système de santé. Il représente 70 à 80 % des maladies chroniques.
- Niveau 2 « Care Management » correspond aux maladies chroniques à haut risque. Il vise à coordonner les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.
- Niveau 3 « Case Management » correspond aux maladies chroniques à forte complexité et à très haut risque. Il s'agit de la gestion de cas complexes nécessitant la convergence des professionnels de santé.

## C. Les acteurs de la coordination

Pour les patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social), le médecin généraliste peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient. (1)

Afin d'aider à la coordination, la loi Kouchner du 4 mars 2002, a permis la création de réseaux de santé. Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIR (Fonds d'Intervention Régional). « *Après 10 ans d'expérimentation, on constate une grande hétérogénéité dans l'activité de ces réseaux et plusieurs problématiques se posent* ». (1)

Les réseaux sont parfois spécialisés dans certaines populations ou pathologies ce qui est responsable d'un éclatement du parcours de santé. Certains d'entre eux semblent ne pas

répondre à l'objectif initial et permettent plutôt une expertise hospitalière ou réalisent des soins à la place des soignants eux-mêmes. (1)

En plus des réseaux de santé, d'autres structures existent pour aider à la coordination. Parmi elles, on retrouve l'HAD, le CLIC, la MAIA, l'Equipe Mobile de Gériatrie, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, la MDPH, le CAMPS, le CCAS, la PAERPA, le SAAD, le SAMSAH, le SESSAD, le SAVS, le Service d'Aide à domicile, le SPASAD, le SSIAD et bien d'autres.

## D. Les Plateformes Territoriales d'Appui

### 1) Historique

L'article 74 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 apporte pour la première fois une définition des Plateformes Territoriales d'Appui.

Le 13 octobre 2017, le Ministère de la santé et des solidarités lance le plan national d'accès aux soins. Il permet « *la simplification de la prise en charge des patients en situation complexe, par une convergence organisationnelle et financière des dispositifs d'appui aux parcours complexes* ». (2)

Un nouveau concept qui pourrait être d'une grande aide aux médecins généralistes: la Plateforme Territoriale d'Appui qui se construit dans une logique d'appui dans les situations complexes. Le développement des Plateformes Territoriales d'Appui est devenu une priorité du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (4)

La première Plateforme Territoriale d'Appui a été créée par ARESPA (Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui) en Franche Comté. Cette dernière existe depuis 10 ans mais a été reconnue comme une PTA en 2018. (5)

## 2) Définition

L'article 74 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé définit la Plateforme Territoriale d'Appui comme « *une fonction d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes qui est organisée en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, 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. » (2)*

Le médecin généraliste reste le principal interlocuteur et coordinateur des soins. En effet, « *le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. » (4)*

Les porteurs d'une PTA peuvent être variés mais une priorité est particulièrement donnée par l'ARS aux projets portés par les professionnels de santé de ville, qu'ils soient des Equipes de Soins Primaires (ESP) ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

## 3) Les missions de la PTA

La Plateforme Territoriale d'Appui a pour vocation de permettre une prise en charge globale du patient en mutualisant l'ensemble des compétences des professionnels de santé. Ainsi, elle participe à l'élaboration de trois missions principales:

- Mission 1 - « *Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médicosociales du territoire. » (4)*

Face à une situation complexe, le médecin généraliste peut recevoir de l'aide grâce à la mise en place d'un numéro unique. Une personne compétente pourra alors le renseigner en fonction de sa demande. (exemples: un numéro de téléphone de structure, une adresse, un réseau...).

- Mission 2 - « *Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient* ». (4)
  
- Mission 3 - « *Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination* ». (4)  
(ex : pilotage et suivi des projets portés par les ESP, CPTS) (6)

#### 4) Le projet de PTA du Douaisis

De nombreuses Plateformes Territoriale d'Appui ont vu le jour en France. Un projet de PTA a été lancé sur le territoire du Douaisis. Il s'agit d'un des premiers projets de PTA dans les Hauts de France. Le Douaisis rassemble 3 communautés d'agglomérations françaises, situées dans le département du Nord et la région Hauts-de-France. Elles regroupent 63 communes et comportent 260 000 habitants. (7) (Annexe 2)

Elle est actuellement en phase de montage et a suscité l'engouement de nombreuses structures. La plupart ont été séduites par cette envie de travailler ensemble toujours dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

Parmi ces structures on retrouve la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), le CLIC (Centre local d'information et de coordination), l'HAD (Hospitalisation à Domicile), des médecins généralistes, des infirmières, des kinésithérapeutes, l'APF (France Handicap), la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, l'APEI (Association de Parents d'Enfants et amis de personnes Inadaptées), le Pôle autonomie du conseil départemental, les CH de Douai et de Somain, et les CPTS.

La PTA permet également aux différents professionnels de santé du territoire de se rencontrer. Chaque structure et chaque professionnel de santé peuvent alors partager leur expérience, leur formation et trouver des solutions face à une situation complexe. Cet échange permet au médecin généraliste d'avoir d'autres points de vue et ainsi améliorer son champ d'actions. La PTA du Douaisis n'est donc pas une nouvelle structure mais permet de regrouper l'ensemble des acteurs d'un territoire au sein d'une même dynamique et permettre une prise en charge globale du patient.

Des groupes de travail ont commencé à se mettre en place afin de partager des idées, des expériences sur différentes thématiques qui semblaient importantes car fréquentes dans la pratique quotidienne. Sept thématiques se sont démarquées:

- la fin de vie
- l'enfant
- le handicap
- les troubles psycho-sociaux
- les aidants
- la polypathologie / maladie chronique et/ou grave
- les personnes âgées

De plus, un groupe de travail « recherche » (GTR) a été créé au sein duquel plusieurs médecins généralistes et internes en médecine générale se sont investis dans l'élaboration de thèses afin de contribuer au projet PTA. Ce GTR a pour objectif d'anticiper le fonctionnement de la PTA et son évolution. Il est chargé d'apporter une réflexion sur la mise en place des indicateurs d'évaluation et de suivi.

## **II. Complexité des indicateurs**

Le projet PTA est une belle promesse de l'amélioration de la santé des patients en parcours de soins primaires. Il s'agit d'un outil performant qui nécessite, afin d'en connaître l'impact sur le parcours de santé des patients, une évaluation. Nous n'avons que peu de recul sur ce mode de travail pluriprofessionnel et aucune étude sur l'efficacité des PTA n'a été effectuée à ce jour.

Dans la littérature, aucune donnée n'existe sur l'évaluation des PTA alors que plusieurs réflexions ont déjà été menées sur les réseaux de santé.

La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé préconise de « *financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations* ». (8)

La DGOS constate rapidement que peu de réseaux de santé procèdent à une évaluation par manque d'accès aux outils pour mesurer l'impact sur le parcours du patient et par une insuffisante mobilisation des indicateurs existants. Ceci a amené la DGOS à mettre en place, en novembre 2012, une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé et a incité la HAS à créer un tableau de bord des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination. Ce travail a permis de proposer des indicateurs types afin d'aider les professionnels à évaluer leur réseau. (8)

On constate rapidement qu'un indicateur est difficile à définir, de nombreuses significations lui ont été données. La définition la plus simple est qu'il s'agit d'« *un outil d'évaluation et d'aide à la décision* ». (9)

La HAS, quant à elle, le définit comme « *un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace* ». (10)

Afin d'assurer sa fonction, un indicateur doit, d'après la HAS, remplir plusieurs critères. Il doit être : « *simple, fiable, mesurable, valide et pertinent pour améliorer la qualité* ». (8)  
L'indicateur est donc nécessaire pour permettre l'évaluation d'un réseau de santé. Par extrapolation, il est justifié qu'il le soit également pour l'évaluation des PTA.

S'intéresser aux différents indicateurs utilisés par les PTA de France pourrait permettre de mieux cibler ceux qui semblent les plus pertinents. Ceci permettrait une évaluation appropriée de la PTA du Douaisis afin de savoir si cette dernière apporte « une réelle valeur ajoutée » à la prise en charge des patients. (8)

Il s'agit ici d'engager une étude d'envergure nationale pour permettre une démarche locale optimale et efficiente.

### **III. Question de recherche**

Quels sont les indicateurs d'évaluation et de suivi utilisés par les PTA en France en 2019 ?

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des plateformes territoriales d'appui en France en 2019.

L'objectif secondaire est d'émettre une analyse de ces indicateurs afin d'extrapoler les plus pertinents à l'évaluation de la PTA du Douaisis.

# METHODE

Pour réaliser l'état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA, les responsables des PTA de France ont été contactés afin qu'ils puissent répondre à un questionnaire et fournir leur liste d'indicateurs.

## **I. Population cible**

La population cible était composée de tous les responsables des PTA recensées sur une liste établie au préalable en France en 2019.

Une liste des PTA de France a été réalisée en amont, en sollicitant les différents intervenants et notamment, les connaissances de la responsable de la PTA du Douaisis.

Afin de compléter cette liste, les ARS des différentes régions de France ont été contactées. Un mail leur a été envoyé dans un premier temps, en l'absence de réponse une nouvelle sollicitation a été effectuée par téléphone.

## **II. Rédaction du questionnaire**

Le questionnaire a été validé après discussion lors d'un groupe de travail de recherche de la PTA du Douaisis. Cette réflexion s'est organisée à l'aide de différents acteurs participant à ce nouveau projet avec, notamment, la responsable de cette dernière, plusieurs médecins généralistes qualifiés en tant que directeurs de thèse et maîtres de conférences ainsi que des internes en médecine générale.

Il a été organisé en 4 sections comportant au total 17 questions (Annexe 3) :

- les caractéristiques de la PTA (nom, date de lancement, territoire, nombre d'habitants, type de population)
- la méthode d'évaluation (nombre d'évaluations, le rythme)
- les indicateurs (intitulé, origine, évolution)
- commentaires libres

### **III. Recueil des indicateurs**

#### **A. Contact des PTA**

Une fois la liste des PTA de France obtenue, les PTA ont été contactées directement par téléphone avec possibilité par la suite d'envoyer un mail si cela leur semblait plus facile pour répondre.

En cas de non réponse, une nouvelle sollicitation était effectuée deux à trois semaines après soit par mail soit par téléphone.

#### **B. Recueil des données**

Le recueil des données s'est déroulé du 2 mai 2019 au 30 juin 2019.

- Un appel téléphonique de chacune des PTA a été effectué, avec si possible, tentative d'obtention d'un entretien direct pour proposer au responsable ou au coordonnateur de la PTA de participer au questionnaire (Annexe 3)
- En cas d'impossibilité de joindre le responsable ou le coordonnateur de la PTA, il a été demandé au secrétariat l'adresse de courriel pour envoi d'une sollicitation avec le questionnaire en annexe.
- En cas de non réponse ou d'incomplétude, des appels et des courriels de relance ont été adressés jusqu'à obtention d'une réponse complète.

### **IV. Analyse des données recueillies**

Les questions concernant les caractéristiques de la PTA et la méthodologie d'évaluation ont été analysées de manière quantitative, les résultats exprimés en chiffres.

Suite au recueil des indicateurs de l'ensemble des PTA, un tableau a été créé avec 3 colonnes distinctes:

- l'intitulé de l'indicateur
- sa fréquence exprimée en chiffre c'est à dire le nombre de PTA utilisant cet indicateur
- son origine avec 2 possibilités : soit de la PTA elle-même soit de l'ARS

Enfin, une analyse quantitative globale de l'origine de l'indicateur a été exprimée en pourcentage.

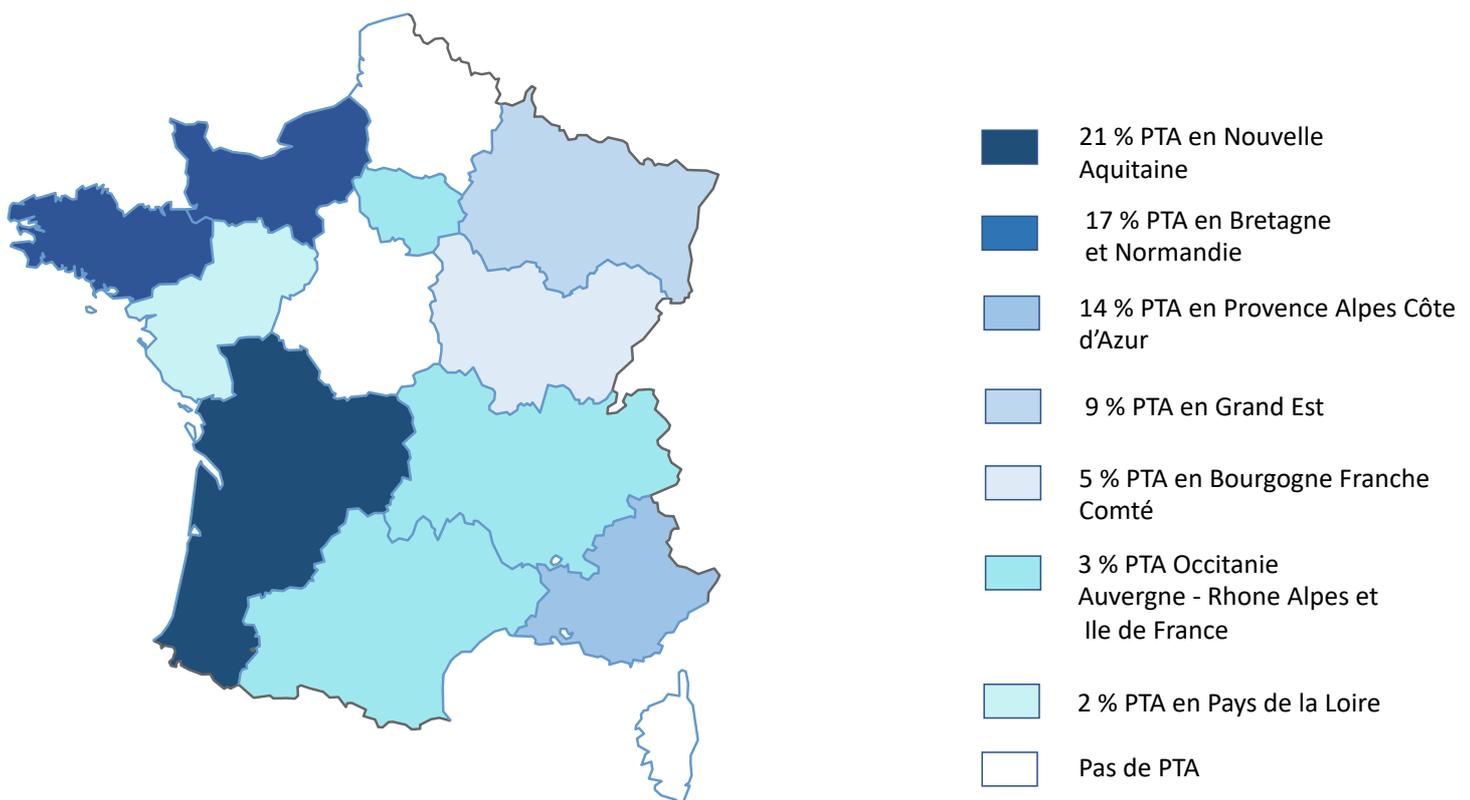
# RESULTATS

## I. Schéma des sollicitations des PTA

Parmi les 17 ARS sollicitées pour la réalisation de la liste des PTA de France, 10 ont répondu : la région Auvergne - Rhône-Alpes, la Bretagne, la région Grand Est, la Guyane, l'Île de France, la Normandie, la Nouvelle Aquitaine, l'Océan Indien, le Pays de la Loire, la région Provence Alpes Côte d'Azur.

La carte 1 représente l'affluence des Plateformes Territoriales d'Appui en fonction des régions en 2019. La liste des PTA de France est disponible en Annexe 4.

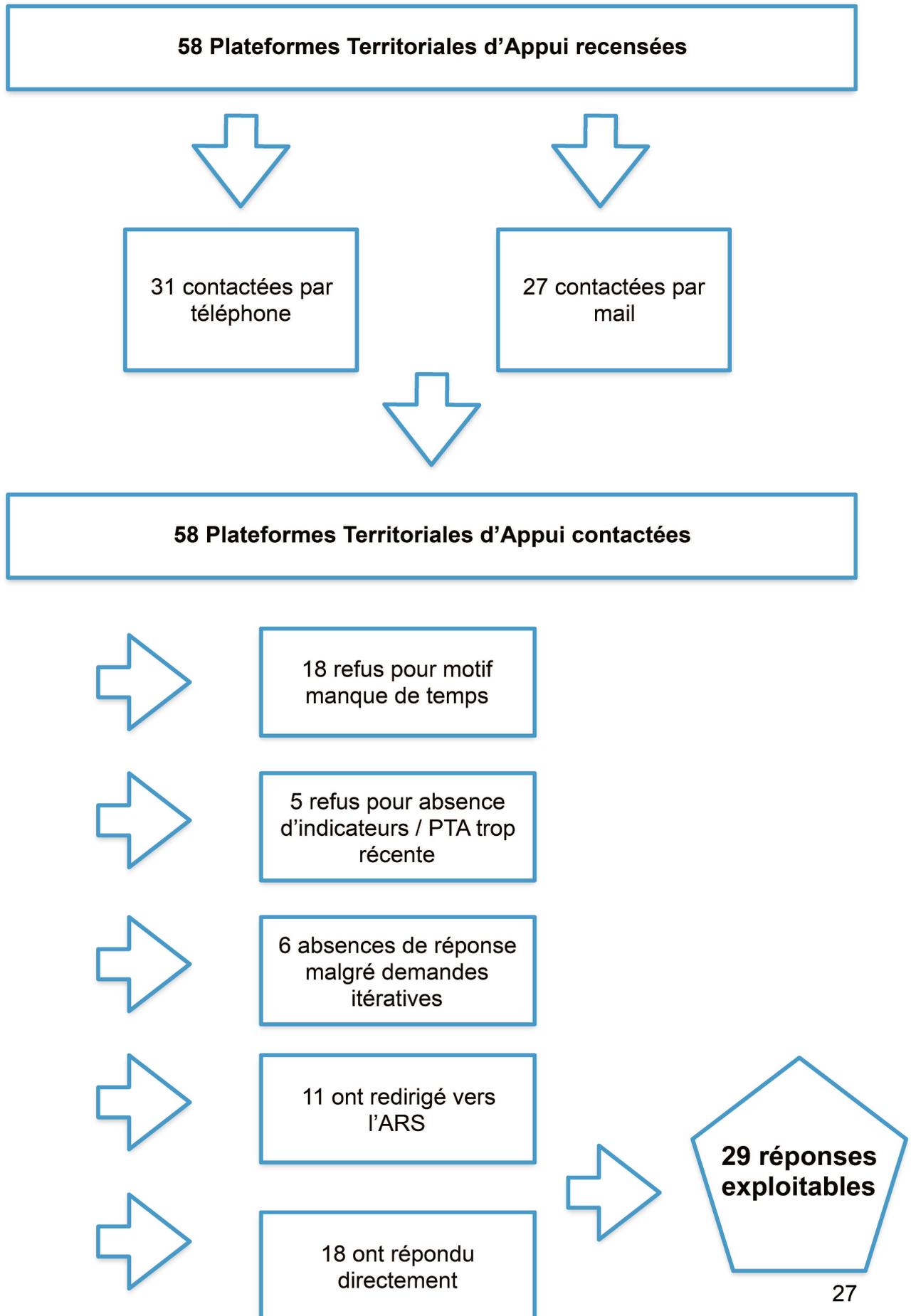
Carte 1 : Répartition en pourcentage des PTA en cours de fonctionnement recensées en fonction des régions.



Le schéma 1 représente les réponses obtenues après sollicitations des PTA.

58 PTA recensées ont été contactées. 29 PTA ont fourni une réponse exploitable soit 50 % des PTA dont 18 ont répondu directement et 11 ont redirigé vers l'ARS.

Schéma 1 : Sollicitations des PTA



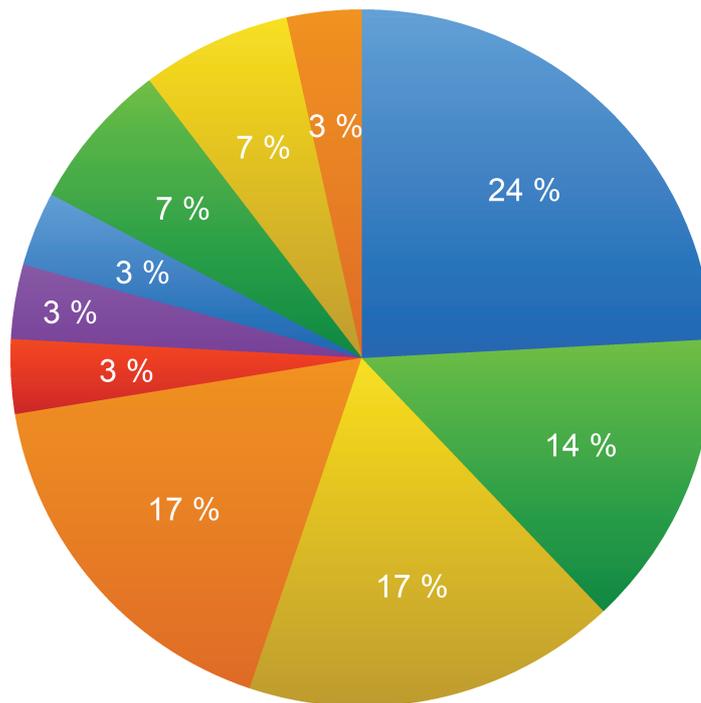
## **II. Profil des Plateformes Territoriales d'Appui**

### **A. Provenance des PTA**

- 7 PTA en Normandie
- 5 PTA en Bretagne
- 5 PTA en Nouvelle Aquitaine
- 4 PTA en Provence Alpes Côte-d'Azur
- 2 PTA en Ile de France
- 2 PTA en Grand Est
- 1 PTA en Pays de la Loire
- 1 PTA en Occitanie
- 1 PTA en Bourgogne - Franche Comté
- 1 PTA dans les DOM TOM

Le graphique 1 montre que sur les 29 réponses exploitables, les réponses aux questionnaires provenaient à 24 % de la Normandie, 17 % de la Nouvelle Aquitaine et de la Bretagne et 14 % de la région Provence Alpes Côte-d'Azur.

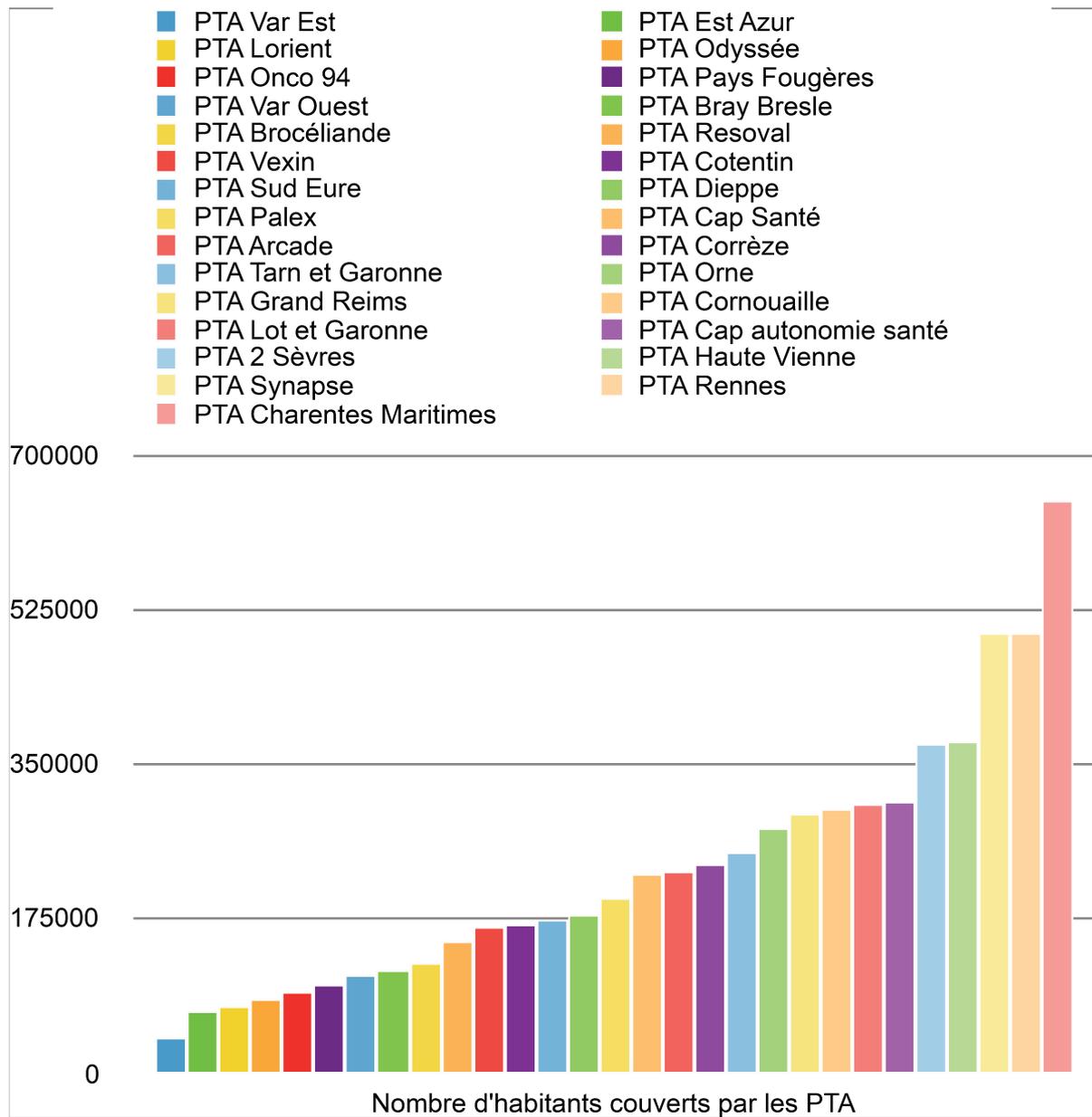
Graphique 1: Répartition en pourcentage des PTA ayant répondu à la sollicitation par région.



### B. Nombre d'habitants couverts par le territoire des PTA

Le nombre d'habitant variait entre 39900 (pour la PTA du Var Est ) et 646 016 habitants (pour la PTA Charente Maritimes).

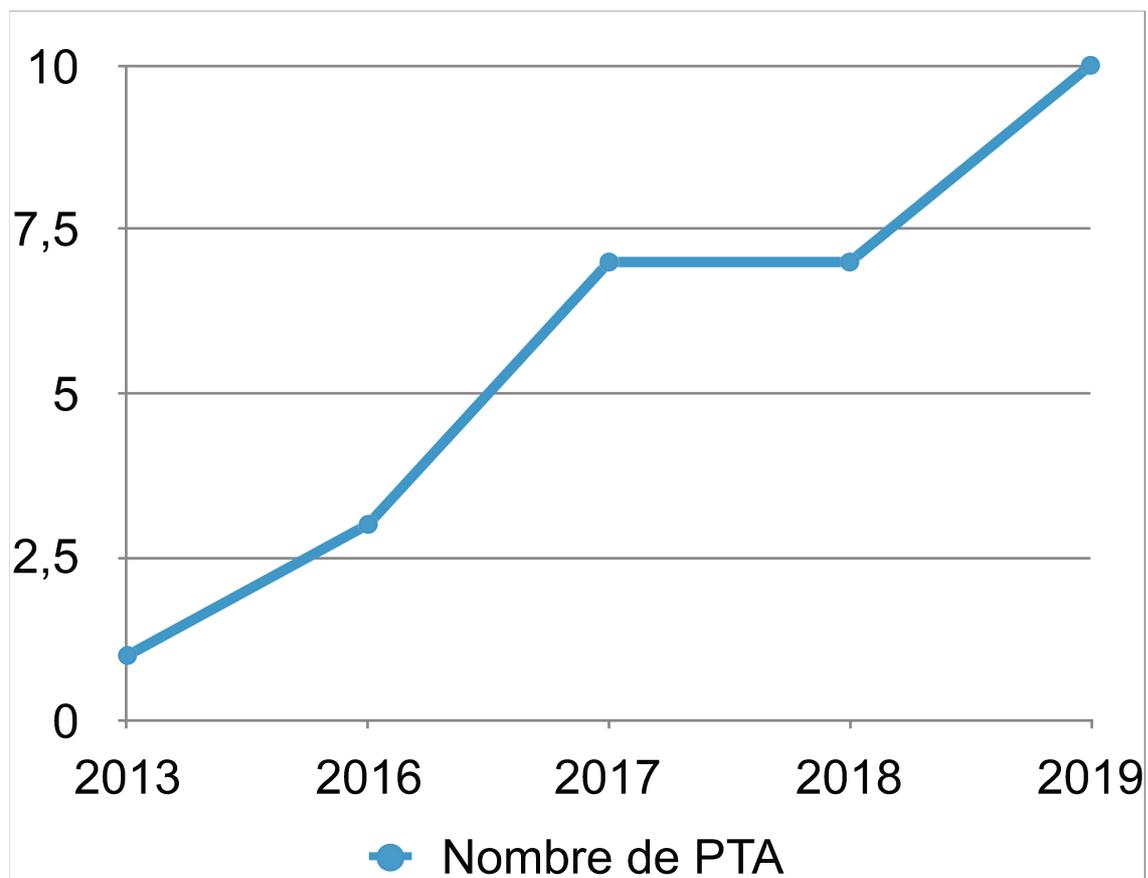
Graphique 2: Nombre d'habitants couverts par le territoire des PTA.



C. Date de lancement

Le graphique 3 montre que 10 des PTA ont été créées en 2019 soit 36% des PTA qui ont répondu au questionnaire. La première PTA a été créée en 2013.

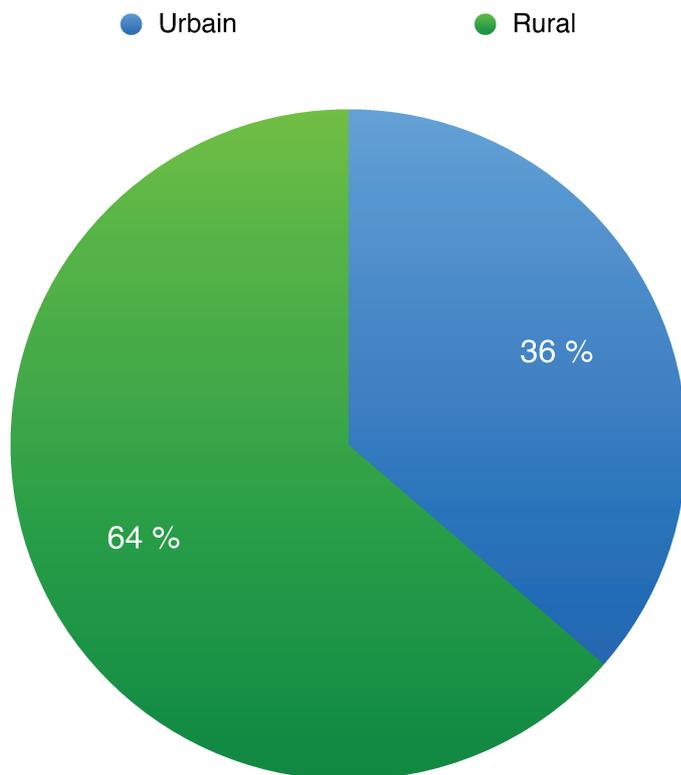
Graphique 3: Nombre de PTA créées en fonction de l'année.



#### D. Type de population

Le graphique 4 montre que la population visée était essentiellement rurale à 64 %.

Graphique 4 : Répartition en pourcentage du type de population des PTA.

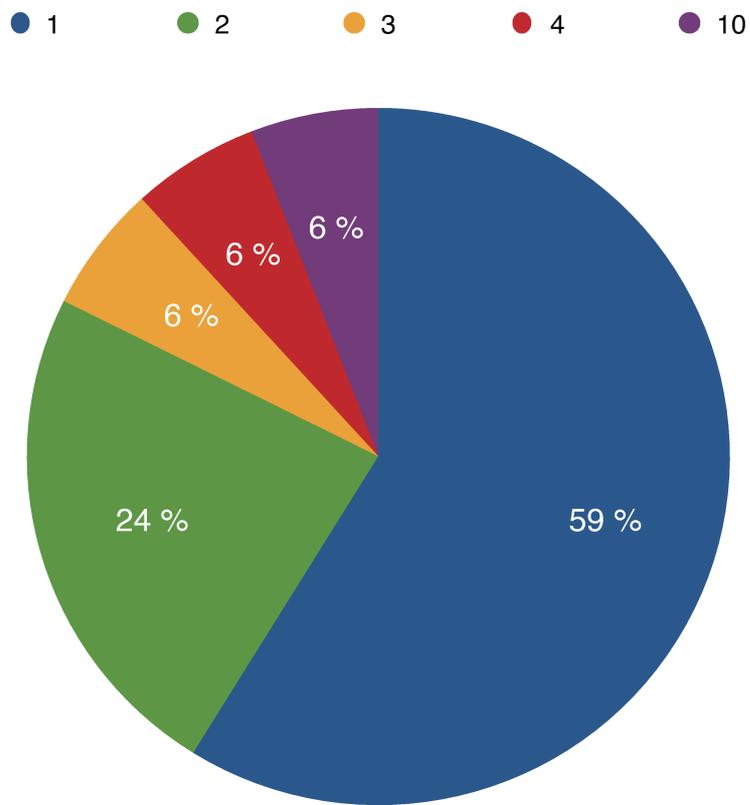


### III. Evaluations des PTA: nombre et rythme

#### A. Nombre d'évaluations effectuées depuis la création de la PTA

Le graphique 5 montre que 59 % des PTA qui ont répondu ont effectué une seule évaluation depuis leur création.

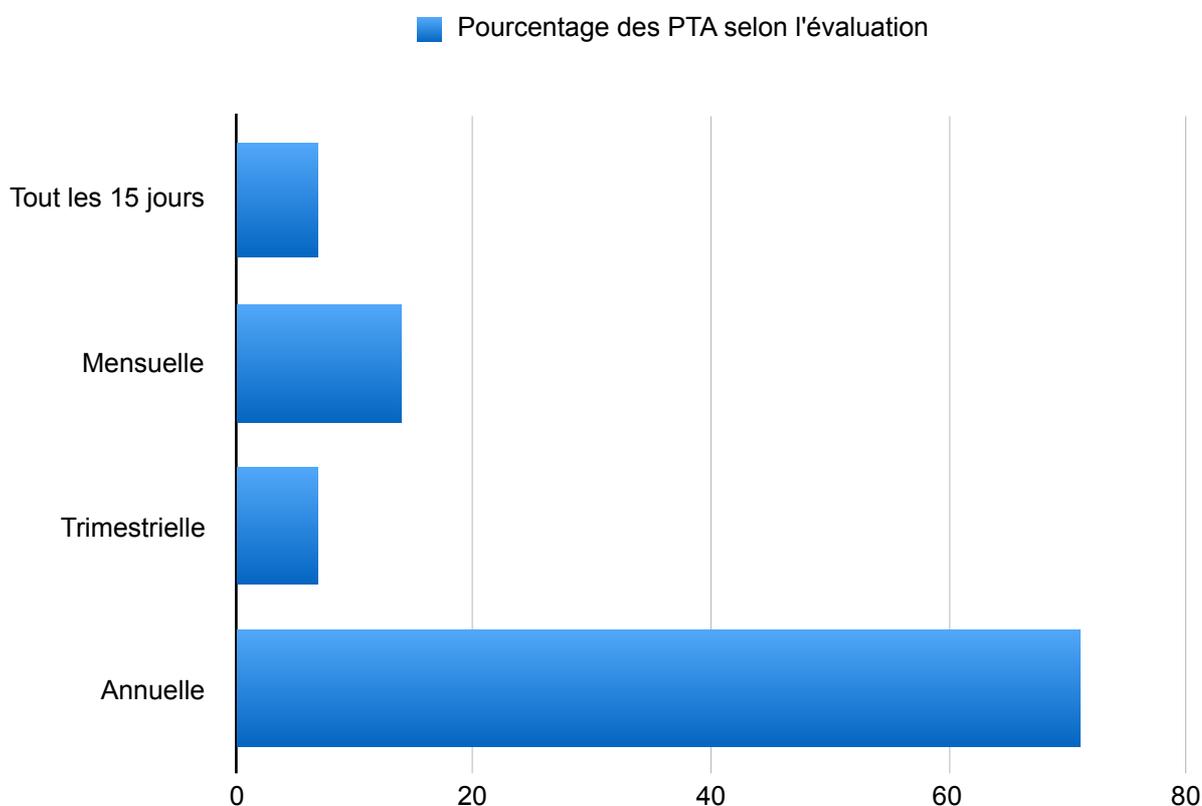
Graphique 5 : Répartition en pourcentage du nombre d'évaluations effectuées par les PTA.



### B. Rythme d'évaluation

Le graphique 6 montre que l'évaluation était réalisée annuellement pour 71% des PTA.

Graphique 6 : Répartition en pourcentage des évaluations des PTA.



#### **IV. Liste des indicateurs**

Le tableau 1 ci-dessous établit la liste des indicateurs utilisés par les 29 PTA qui ont répondu, avec pour chacun d'entre eux leur fréquence, leur origine c'est à dire soit à la demande de l'ARS soit par la PTA elle-même.

Au total, 95 indicateurs ont été répertoriés pour 29 PTA.

Le nombre total de sollicitations est l'indicateur le plus utilisé (par 23 PTA).

Puis on retrouve :

- Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins : 22 PTA
- L'origine des sollicitations (médecins généralistes, établissements, patients, famille etc) : 17 PTA
- La répartition des bénéficiaires par classe d'âge : 17 PTA
- Le nombre de sollicitations des professionnels (professionnels libéraux / établissement de santé) : 16 PTA

<b>INDICATEURS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Origine ARS</b>	<b>Origine PTA</b>
Nombre total de sollicitations	<b>23</b>	<b>X</b>	
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un PPS	<b>22</b>	<b>X</b>	
Origine des sollicitations (médecins généralistes, établissements, patients, famille etc)	<b>17</b>	<b>X</b>	
Répartition des bénéficiaires par classe d'âge	<b>17</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Nombre de sollicitations des professionnels (professionnels libéraux/ établissements de santé) du parcours de santé	<b>16</b>	<b>X</b>	
Nombre de sollicitations au titre de la mission 1	<b>15</b>	<b>X</b>	
Nombre de sollicitations au titre de la mission 2	<b>15</b>	<b>X</b>	
Nombre d'appels rentrants par le numéro unique de la PTA	<b>12</b>	<b>X</b>	
Motifs des sollicitations	<b>12</b>	<b>X</b>	
Nombre ETP assurant la mission 1	<b>12</b>	<b>X</b>	
Nombre d'ETP assurant la mission 2	<b>12</b>	<b>X</b>	
Nombre d'ETP assurant la mission 3	<b>12</b>	<b>X</b>	
Mise en place d'un numéro d'appel unique départemental	<b>12</b>	<b>X</b>	
Délai de réponse	<b>12</b>		<b>X</b>
Nombre d'interventions menées par la PTA	<b>12</b>	<b>X</b>	

<b>INDICATEURS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Origine ARS</b>	<b>Origine PTA</b>
Nombre de situations ayant fait l'objet d'une évaluation multidimensionnelle	<b>12</b>	<b>X</b>	
Nombre de situations ayant fait l'objet d'une réévaluation multidimensionnelle	<b>12</b>	<b>X</b>	
Nombre de PPS suivis/réévalués	<b>11</b>	<b>X</b>	
Nombre de réunions pluriprofessionnelles	<b>11</b>	<b>X</b>	
Nombre de visites pour évaluations	<b>10</b>	<b>X</b>	
Nombre de recours auprès des composantes (MAIA, réseaux etc)	<b>9</b>	<b>X</b>	
Code commune et territoire de proximité	<b>8</b>		<b>X</b>
Durée moyenne de suivi (en semaine)	<b>8</b>	<b>X</b>	
Nombre de sorties du dispositif dans l'année	<b>7</b>	<b>X</b>	
Type de pathologies	<b>6</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Nombre total de patients accompagnés par la PTA dans l'année	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre total de nouveaux patients accompagnés par la PTA dans l'année	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre de patients accompagnés par la PTA au 31 décembre de l'année N - 1	<b>6</b>	<b>X</b>	
Durée moyenne d'accompagnement des patients sortis dans l'année	<b>6</b>	<b>X</b>	
Répartition des sorties par motif (décès, entrée en établissement, rupture par l'usager, déménagement hors secteur, autre)	<b>6</b>	<b>X</b>	
Part des médecins ayant demandé au moins un appui dans l'année	<b>6</b>	<b>X</b>	

<b>INDICATEURS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Origine ARS</b>	<b>Origine PTA</b>
Nombre moyen de patients accompagnés par médecin dans l'année	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre moyen de patients accompagnés par ETP de coordinateur	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre et nature des actions d'information / sensibilisation pour la promotion de la PTA et de ses outils	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre et nature des outils diffusés	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre et nature des projets professionnels ayant fait l'objet d'un appui (type projet pour déployer un programme d'éducation thérapeutique)	<b>6</b>	<b>X</b>	
Lancement d'une stratégie de communication homogène	<b>6</b>	<b>X</b>	
Installation d'une instance de concertation stratégique associant obligatoirement des représentants de santé libéraux et les usagers	<b>6</b>	<b>X</b>	
Nombre de professionnels de santé libéraux formés	<b>6</b>	<b>X</b>	
Création annuaire interne	<b>6</b>	<b>X</b>	
Répartition en fonction du sexe	<b>5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Nombre de plaquettes de présentation de la PTA diffusées auprès des partenaires et des PSL	<b>5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Nombre de visiteurs sur le site Internet	<b>5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Présence ou non d'enquête de satisfaction auprès des usagers de la PTA	<b>4</b>	<b>X</b>	
Modalités des sollicitations (téléphone, courriel etc)	<b>4</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

<b>INDICATEURS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Origine ARS</b>	<b>Origine PTA</b>
Répertoire des événements indésirables	<b>4</b>		<b>X</b>
Nombre de situations pour lesquelles un retour à domicile a été réalisé	<b>4</b>	<b>X</b>	
Nombre d'orientations réalisées	<b>3</b>	<b>X</b>	
Nombre d'hospitalisations évitées	<b>3</b>	<b>X</b>	
Nombre de médecins traitants impliqués	<b>3</b>		<b>X</b>
Degré d'urgence	<b>2</b>		<b>X</b>
Note moyenne de satisfaction générale des professionnels ayant eu recours (/10)	<b>2</b>	<b>X</b>	
Taux d'évolution du nombre de sollicitations des professionnels du parcours de santé	<b>1</b>	<b>X</b>	
Nombre de comités de pilotage	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de cas complexes confiés à la MAIA.	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de CR de réunion de coordination	<b>1</b>	<b>X</b>	
Situation familiale	<b>1</b>		<b>X</b>
Activité professionnelle	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de PSI (Plan de Service Individualisé)	<b>1</b>	<b>X</b>	
Niveau intervention de l'inclusion (A = mission 1, B = prise en charge du patient, C = prise en charge du patient avec intervention à domicile)	<b>1</b>		<b>X</b>
Dynamique temporelle des interventions (évolution au cours du temps)	<b>1</b>		<b>X</b>

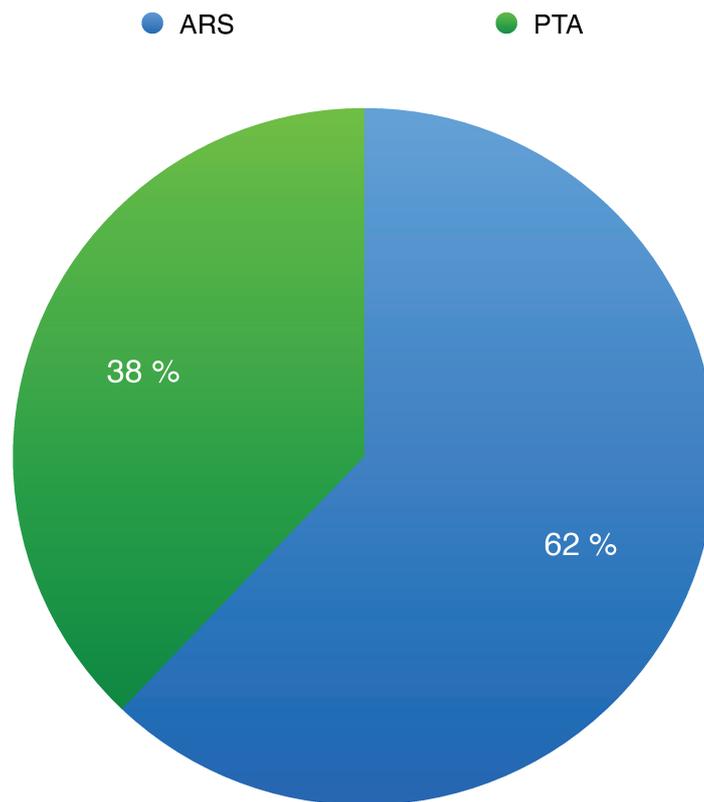
INDICATEURS	Fréquence	Origine ARS	Origine PTA
Réparation temporelle des demandes d'inclusion (quel jour de la semaine ?)	1		X
Nombre d'inclusion en mode pluridisciplinaire	1		X
Catégorie socio-professionnelle du patient	1		X
Répertoire des éléments de communication (mission 3)	1		X
Gouvernance du dispositif	1		X
Nombre d'évaluations sanitaire et sociale	1	X	
Nombre de VAE activité physique	1	X	
Nombre d'interventions de l'assistante sociale	1	X	
Nombre d'interventions de l'infirmière	1	X	
Ressources des patients (CMU, AAH, retraite, invalidité)	1	X	
Couverture maladie (CMUC, AME)	1	X	
Nombre de salariés de la PTA	1	X	
La personne est-elle informée de la demande ?	1		X
La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ?	1		X
Action(s) réalisée(s)	1		X
Nombre de Professionnels de Santé Libéraux conviés aux réunions collectives	1		X
Taux de participation des PSL invités aux réunions collectives	1		X

<b>INDICATEURS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Origine ARS</b>	<b>Origine PTA</b>
Note moyenne de satisfaction générale des PSL à l'issue des réunions collectives (/10)	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de PSL rencontrés par le référent terrain pour une présentation de la PTA	<b>1</b>		<b>X</b>
Pourcentage de PSL ayant eu connaissance de la PTA par un pair parmi les PSL interrogés	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre d'adhésions à l'association	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de Newsletters diffusées	<b>1</b>		<b>X</b>
Mise en place d'une charte de qualité	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de professionnels du parcours de santé ayant contacté la PTA	<b>1</b>	<b>X</b>	
Nombre de réévaluations de la sortie d'hospitalisation à 15 jours	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de PPS rédigés	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de sollicitations sans solution	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre d'ateliers d'analyse des pratiques	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de nouveaux dispositifs mis en place en réponse aux demandes sans solution	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre de médecins de ville (libéraux, logiciels DMP compatibles)	<b>1</b>		<b>X</b>
Exploitation trimestrielle des données d'activité des salariés	<b>1</b>		<b>X</b>
Analyse trimestrielle du budget	<b>1</b>		<b>X</b>
Nombre d'hospitalisations	<b>1</b>	<b>X</b>	

## V. Origine des indicateurs

Le graphique 7 montre que sur les 95 indicateurs, 62 % ont été établis à la demande de l'ARS.

Graphique 7 : Répartition en pourcentage de l'origine des indicateurs



Le tableau 2 montre que 90 % des PTA utilisaient uniquement des indicateurs provenant de l'ARS.

Tableau 2 : Pourcentage de PTA selon l'origine des indicateurs.

ARS seule	ARS et PTA	PTA seule
90 %	10 %	0 %

# DISCUSSION

## I. **Critiques de l'étude**

### A. Limites de l'étude

Le manque d'exhaustivité est la principale limite retrouvée au cours de cette thèse. Sur les 58 PTA recensées, tous les responsables n'ont pas fourni de réponse. Ceci a conduit à l'impossibilité de recueillir les indicateurs dans leur totalité. Ce manque d'exhaustivité peut s'expliquer par différents phénomènes.

Les coordonnateurs ou responsables des PTA ont parfois été succincts dans leur réponse par soucis de confidentialité en ne dévoilant que certains indicateurs. Des indicateurs en cours d'élaboration soit par la PTA elle-même soit en collaboration avec l'ARS ne nous ont donc pas été communiqués.

Certaines PTA ne pouvaient fournir de réponse car elles étaient trop récentes.

Les responsables ont parfois avancé que notre étude était trop prématurée et qu'ils auraient pu davantage préciser leurs indicateurs dans quelques temps. Parmi elles, des groupes de travail étaient en cours d'élaboration afin d'ajuster leurs indicateurs en fonction de leur pertinence et les adapter au mieux à leur territoire. La liste établie au cours de cette étude n'est donc pas fixe et est susceptible de se modifier dans les prochains mois ou années à venir.

Certaines PTA nous ont redirigés vers les ARS sans nous fournir directement leur liste d'indicateurs. Les ARS ont donc été contactées sans que cela soit établi au préalable dans la méthode. Avec le recul des résultats, nous avons pu constater que la majorité des indicateurs utilisés par les PTA proviennent de l'ARS. Nous aurions donc pu contacter directement l'ensemble des ARS pour récolter les indicateurs.

Une ARS a également demandé d'arrêter de contacter les PTA de la région sans notifier de raison particulière. Ceci a conduit à ne pas relancer les PTA qui n'avaient pas répondu à la première sollicitation.

## B. Forces de l'étude

Notre question de recherche dont le but était d'établir un état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA en France est originale. A notre connaissance, aucune PTA de France n'a réalisé d'étude sur cette thématique.

Elle a permis d'établir une liste des PTA actuellement en cours de fonctionnement à l'échelle nationale qui n'existait pas au préalable. Ceci permet de donner une première vision d'ensemble sur le nombre de PTA existantes en fonction des régions. Elle confirme qu'aucune PTA n'est actuellement en fonctionnement dans les Hauts de France.

Cette réflexion a été construite avant la mise en fonctionnement de la PTA du Douaisis. Il semblait judicieux de faire un point sur les indicateurs utilisés par les PTA de France en cours d'activité avant de commencer notre propre évaluation. Cette étude permettra par la suite de réaliser un nouveau travail avec une analyse plus approfondie de ces indicateurs afin de constituer les indicateurs les plus pertinents pour la PTA du Douaisis.

## II. Synthèse des résultats principaux

La question de cette thèse portait sur la réalisation d'un état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA en France en 2019.

Au total, 29 PTA sur 58 répertoriées et sollicitées soit un taux de réponse d'environ 50 % nous ont fourni une réponse exploitable et 95 indicateurs ont été répertoriés.

On peut retenir deux résultats principaux : le type d'indicateur utilisé et l'origine principale des indicateurs.

### A. Type d'indicateurs utilisés

Le premier résultat principal et la réponse à la question de recherche montraient que les principaux indicateurs utilisés par les PTA reflètent le mode de fonctionnement de la PTA :

- Le nombre total de sollicitations qui est celui le plus fréquent. (23 PTA)

Parmi ceux les plus employés, on retrouve ensuite :

- Le nombre de personne ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins (22 PTA)
- L'origine des sollicitations (médecins généralistes, établissements, patients, famille etc) (17 PTA)
- La répartition des bénéficiaires par classe d'âge (17 PTA)
- Le nombre de sollicitations des professionnels (professionnels libéraux / établissement de santé) (16 PTA)

## B. Origine des indicateurs

L'ARS a une influence dans le choix des indicateurs. Le deuxième résultat principal montrait que 90% des PTA utilisent des indicateurs issus de l'ARS uniquement et que 62% des indicateurs étaient établis à la demande des ARS. Aucune PTA n'utilise uniquement leurs propres indicateurs.

## III. Réflexion sur les indicateurs

### A. Historique : pourquoi utiliser des indicateurs ?

L'utilisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation d'un programme est une pratique ancienne établie depuis le milieu des années 1990 et qui a beaucoup évolué. (12)

En ce qui concerne les réseaux de santé, l'ANAES publie en août 1999 les principes d'évaluation des réseaux de santé. Ce document permet de « *clarifier la définition de réseau de santé et guider les acteurs dans la formulation de questions, le choix de méthodes et la définition d'indicateurs* ». (8)

Il ne propose pas de protocole d'évaluation qui doit être, à cette époque, établi par chacun des réseaux de santé. (13)

Ce n'est qu'en juillet 2004, que l'ANAES publie le guide d'évaluation des réseaux de santé. (8) Il s'agit d'un outil « *d'aide à la démarche d'auto-évaluation des réseaux de santé principalement constitué de grilles qualitatives et quantitatives d'auto-évaluation ainsi qu'une proposition de cahier des charges* ». (14) Il n'est en aucun cas définitif ni exhaustif.

Survient ensuite, la création d'un « *Indice Synthétique de Qualité* » (ISQ) dont l'objectif est de « *synthétiser la qualité et la sécurité des réseaux de 0 à 10. Cet indice comporte 4 groupes : objectifs fixés par la convention, prise en charge des patients, intégration des acteurs, organisation et fonctionnement du réseau* ». (8) Il est fourni par l'ARS annuellement.

Enfin, en 2012, la Caisse nationale des travailleurs salariés (CNAMTS) et la DGOS ajoutent un complément en « *créant une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé* ». (8)

Cependant, on constate que l'ensemble de ces outils et méthodes « *ne tiennent pas compte de l'évolution des réseaux de santé vers des fonctions d'appui à l'organisation des parcours par les professionnels* ». (8)

A la demande de la HAS, chaque nouveau réseau doit être évalué. En effet, la HAS précise « *que seront financés les projets qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations* » d'après la circulaire du 2 mars 2007. (8) C'est pourquoi, la HAS développe en mai 2015 un tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé. Ce travail a permis d'élaborer une dizaine d'indicateurs. Il constitue « *un modèle national de référence à minima qui pourra être complété par d'autres indicateurs par les ARS en fonction des orientations régionales* ». (8)

Ces indicateurs sont disponibles en Annexe 5.

## B. Définitions : choix de bons indicateurs

Comme souligné précédemment, le terme « indicateur » est difficile à caractériser et est soumis à de nombreuses définitions.

D'après le guide de l'ANAES sur la construction et l'utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, il peut être défini comme « *le mode de mesure d'un objectif à atteindre, d'une ressource mobilisée, d'un effet obtenu, d'un critère de qualité ou d'une*

*variable contextuelle. Tout indicateur est composé d'une définition, d'une valeur et d'une unité de mesure* ». (9)

C'est un « *outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné* ». (9)

Un indicateur est donc « *une indication, il ne se suffit pas à lui-même* ». (15)

En effet, ce n'est pas seulement le résultat qui est important, c'est ce que l'on en fait.

Il devient intéressant seulement « *lorsqu'il fournit une information significative en fonction des attentes préalablement réfléchies par son demandeur* ». (9)

Ainsi, « *un épidémiologiste, un clinicien et un financeur peuvent ne pas avoir les mêmes objectifs, ils ne retiendront donc pas les mêmes indicateurs* ». « *L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre* ». (9)

Se pose alors une question importante : qu'est ce qu'un « bon indicateur »?

Pour qu'un indicateur soit retenu, la littérature et notamment la HAS soulignent qu'il doit être (8)(9) :

- Simple et acceptable : « *Think big, but start small* » (voyez grand, mais commencez petit). (9)

« *Il doit être facile à élaborer, à recueillir et calculer, compréhensible et compris de la même façon par tous. Il doit être cohérent et ne pas être redondant.* » (9)

- Fiable : c'est à dire apte à une mesure précise et reproductible.
- Sensible et Spécifique : Il est dit spécifique s'il ne varie que si le phénomène étudié subit une modification. La sensibilité, quant à elle, correspond à l'aptitude à se modifier rapidement lorsque le phénomène étudié subit des variations.

- Valide et Pertinent : La validité est l'aptitude de l'indicateur à refléter ce qu'il est censé mesurer. Il est pertinent s'il est capable d'identifier les situations pour lesquelles il existe des actions de prévention ou de correction efficaces.

Cette définition n'est pas récente. En 1981, George T Doran publie "*There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives*". (16)

Il crée l'acronyme SMART pour définir un indicateur dans lequel on retrouve les mêmes éléments :

**S**pécifique

**M**esurable

**A**ceptable

**R**éaliste et

**T**emporairement défini.

Cet acronyme est utilisé dans d'autres domaines que la santé notamment le marketing, le management, les ressources humaines ou bien encore la gestion de projet.

### C. Les différents types d'indicateurs

Il existe de nombreux types d'indicateurs. Dans la littérature, on retrouve des indicateurs de ressources, financiers, de processus, de résultats, d'impacts.

La HAS en distingue trois principaux (indicateur de structure, de processus et de résultats) (9) et la Commission Européenne du Développement thématique, impact, évaluation et actions innovatrices en distingue un supplémentaire (indicateur d'impact) (17):

#### 1) Les indicateurs de structure

Ils permettent d' « *analyser les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à la prise en charge des patients* ».

## 2) Les indicateurs de processus

Ils renseignent sur « *les pratiques professionnelles et tâches appliquées ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés* ». (9)

Exemple: délai de réponse, type de motifs de consultations

## 3) Les indicateurs de résultats

### a) Clinique

Ils permettent d'analyser les effets d'une intervention médicale en termes d'efficacité, de sécurité et d'efficience. Parmi les indicateurs de résultats, on distingue les **résultats intermédiaires** ou « *outputs* » et les **résultats finaux** ou « *outcomes* ». (9)

- Les **résultats intermédiaires** « *mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes des processus. Tout programme, induit des changements intermédiaires rapides avant d'atteindre (ou non) plus tardivement son objectif final* ».

Le recueil des résultats intermédiaires « *permet habituellement de réagir plus rapidement par des mesures correctives que celui des résultats finaux* ». (9)

Exemple: le taux de vaccination, taux d'infection du site opératoire.

- Les **résultats finaux** traduisent « *un changement de l'état de santé des patients. Ils sont pour la plupart des indicateurs de résultat négatif. Ceci est notamment explicable par le fait qu'il est beaucoup plus simple d'identifier ce qui ne devrait pas se produire que le contraire* ». (9)

Exemple: le taux de morbidité, taux de mortalité.

### b) Qualitatif

La **satisfaction** est également un indicateur souvent retrouvé dans les indicateurs de résultat.

Exemple: taux de satisfaction des professionnels de santé.

#### 4) Les indicateurs d'impacts

Les indicateurs d'impacts se « rapportent aux conséquences du programme au-delà de ses effets immédiats ». (12)

On distingue deux types d'impacts (12) :

##### a) Les impacts spécifiques

**Les impacts spécifiques**, « intervenant après un certain temps mais qui n'en sont pas moins directement liés à l'action menée et aux bénéficiaires directs ».

##### b) Les impacts globaux

**Les impacts globaux**, qui « se produisent à plus longue échéance et qui touchent une population plus vaste. »

Le schéma en Annexe 6 reprend les différentes terminologies des indicateurs.

#### D. Focus sur le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation sont deux notions étroitement liées mais différentes.

- Le suivi « consiste essentiellement à comparer les résultats obtenus avec les résultats escomptés ». (12)
- L'évaluation repose sur « l'exploitation des informations recueillies lors du suivi complétées par d'autres sources afin de déterminer les effets des interventions ». Le principal instrument utilisé lors de l'évaluation est l'indicateur d'impact. (12)

### E. Limites de l'utilisation des indicateurs

Ce n'est pas parce qu'une amélioration de l'indicateur est observée que, nécessairement, la situation doit être considérée comme correcte. En effet, si « *un indicateur montre une efficacité, il n'en prouve pas pour autant sa qualité* ». (9)

Par exemple, un réseau peut avoir l'indicateur « taux de sollicitation » élevé. Cela ne permet pas de montrer l'efficacité des prises en charge.

Les principales limites des indicateurs de résultats finaux sont :

D'une part, que les résultats peuvent être décalés dans le temps. (13) Si nous prenons l'exemple « *d'un réseau de prise en charge des toxicomanes, des indicateurs de résultats finaux tels que le sevrage effectif de tout opioïde, ou une situation sociale stabilisée, ne peuvent être appréciés qu'après plusieurs années de prise en charge.* » (13)

D'autre part, les indicateurs peuvent être influencés par des facteurs indépendants de l'action. (13) Par exemple, des résultats finaux, « *tels que la diminution de la mortalité par overdose, ou la diminution de l'incidence de la séroconversion pour le virus de l'hépatite C, peuvent être liés à de nombreux autres facteurs que la prise en charge par le réseau.* » (13)

Enfin, il faut être en capacité de les recueillir et de les interpréter avec prudence. Par exemple, « *dans un réseau de soins palliatifs en ville, l'indicateur « proportion de patients pour qui une évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogique a été faite quotidiennement pendant toute la durée de la prise en charge » n'est pas pertinent si de nombreux patients du réseau ont des troubles cognitifs ou des troubles de la conscience qui ne permettent pas l'utilisation d'une échelle visuelle analogique* ». (13)

## **IV. Analyse des indicateurs des PTA de France**

La littérature nous montre que l'élaboration et l'utilisation d'un indicateur ne sont pas évidentes et doivent être étudiées en amont. (9) (12) (13)

L'objet de cette étude était d'apporter une première réflexion sur les indicateurs utilisés par les PTA en France.

Les résultats nous montrent que de nombreux indicateurs ont été créés et utilisés. Parmi 95 indicateurs recensés, on pouvait s'attendre à retrouver des indicateurs de fonctionnement, de qualité et de satisfaction. Ce travail nous a également permis d'apprécier l'origine des indicateurs.

### A. Le fonctionnement

L'analyse plus approfondie des résultats nous permet rapidement de constater que la majorité des indicateurs utilisés par les PTA sont des indicateurs de « processus » ou encore de « fonctionnement » c'est à dire qu'ils renseignent essentiellement sur la réalité de la mise en oeuvre des PTA.

Parmi ces indicateurs de « fonctionnement », on retrouve ceux les plus fréquemment rapportés par les PTA:

- Le nombre total de sollicitations
- Le nombre de personne ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins
- L'origine des sollicitations (médecins généralistes, établissements, patients, famille...):
- La répartition des bénéficiaires par classe d'âge
- Le nombre de sollicitations des professionnels (professionnels libéraux / établissement de santé)

Sans tous les citer, bien d'autres sont plutôt des indicateurs de « fonctionnement » :

- Durée moyenne de suivi (en semaine)
- Nombre de sorties du dispositif dans l'année
- Part des médecins ayant demandé au moins un appui dans l'année
- Nombre de professionnels de santé libéraux formés
- Nombre de CR de réunion de coordination etc
- Nombre de salariés de la PTA
- Nombre d'appels entrants par le numéro unique de la PTA.

Peut alors se poser le problème de la réelle efficacité des PTA. En effet, ces indicateurs nous renseignent sur le fait que cette dernière fonctionne mais est-elle réellement efficace?

Connaitre le nombre de personnes ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins nous apporte un élément sur la fonctionnalité de la PTA. Un nombre élevé de PPS traduit une bonne activité de cette dernière. En revanche, apporte t-il une prise en charge optimale au patient ? Le patient en est-il satisfait ? Cet indicateur ne permet pas de nous apporter la réponse.

Le Ministère chargé de la santé précise pourtant que « *l'objectif visé, commun à l'ensemble des structures de coordination, est de permettre au patient de bénéficier de la bonne réponse au bon endroit et au bon moment* ». (18) Le patient est donc au centre de la prise en charge. Ces structures et notamment les PTA ont été mises en place en premier lieu pour améliorer l'efficacité du parcours du patient.

De nombreux indicateurs répertoriés et utilisés par les PTA posent le même problème.

L'indicateur « nombre de sorties du dispositif dans l'année » renseigne à nouveau sur la fonctionnalité de la PTA. Il permet de connaître les entrées et sorties dans le dispositif. Une question logique se pose alors : pourquoi les patients sont-ils sortis du dispositif PTA ? Ils peuvent être sortis d'une part car ils sont guéris ou parce que la prise en charge a été suffisamment efficace pour permettre au médecin généraliste de gérer à nouveau seul la situation. Dans ce cas, l'utilité de la PTA serait en partie démontrée. D'autre part, ils peuvent être également sortis car une hospitalisation a été nécessaire ou parce que le décès du patient est survenu. Dans ce cas de figure, l'efficacité de la PTA pourrait être remise en cause.

En résumé, la grande majorité des indicateurs utilisés par les PTA ne permettent pas de renseigner sur la qualité de la prise en charge des patients.

Bien sûr, les indicateurs de fonctionnement restent indispensables pour l'évaluation et le suivi des PTA mais lors de l'analyse des résultats, le constat est clair, ils sont présents de manière prépondérante voire omniprésents.

## B. La qualité

En minorité, on retrouve tout de même des indicateurs de « résultats » et notamment de « qualité » de la prise en charge des patients.

Parmi eux, on peut citer :

- Nombre d'hospitalisations évitées
- La personne est-elle informée de la demande ?
- La personne accepte t-elle que la situation soit évoquée avec d'autres professionnels ?
- Nombre d'hospitalisations

Un indicateur de « qualité » est selon la HAS un indicateur qui « *mesure directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité* ». (10)

Ainsi, l'indicateur « nombre d'hospitalisations évitées » permet de mesurer la qualité des services de la PTA. Cet indicateur est souvent associé aux personnes âgées. En effet, il est inévitable que notre population vieillisse. Cette évolution touche surtout « *les plus de 75 ans qui devraient représenter 10% de la population en 2020* ». C'est à partir de cet âge que les pathologies liées au grand âge se développent et augmentent le risque d'hospitalisation. « *Près du tiers des séjours hospitaliers concernent les plus de 65 ans et près d'un hospitalisé sur quatre a 80 ans et plus* ». (19) On constate également des hospitalisations souvent plus longues et des ré-hospitalisations .

L'hospitalisation est souvent inéluctable en gériatrie mais souvent encore organisée en « catastrophe » alors que la situation se dégrade depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois. Pourtant, « *le médecin généraliste sait pertinemment que l'hospitalisation est mal vécue par les personnes âgées et est source de dégradation* ». (19)

Des alternatives existent pour prendre en charge la perte d'autonomie et les pathologies de la personne âgée en amont sans passer par l'hospitalisation de dernière minute en situation de « crise ». (19) La PTA pourrait avoir un rôle prometteur.

L'indicateur « nombre d'hospitalisations évitées » permet donc d'apporter un véritable résultat au patient en terme de morbidité, mortalité et qualité de vie.

**La morbidité** est définie par « *le nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée* ». (20)

Diminuer le taux de morbidité d'un patient contribue donc à diminuer son risque de contracter une maladie.

**La mortalité** correspond « *au rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pendant une période déterminée* ». (21)

Diminuer le taux de mortalité d'un patient sous entend donc de diminuer son risque de survenue de décès.

**La qualité de vie** est, quant à elle, définie par l'OMS « *comme la perception qu'un individu a, de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (World Health Organization, 1993). (22)

Le concept de qualité de vie n'est pas récent, il a émergé dans les années 1970. En effet, on considère déjà à l'époque « *que la morbidité et la mortalité ne sont plus suffisantes à elles seules pour évaluer la santé* ». (22)

Depuis, la mesure subjective de la qualité de vie liée à la santé s'est imposée comme « *une dimension légitime de l'évaluation du bénéfice des interventions de santé, en complément des mesures cliniques objectives, permettant d'évaluer l'impact d'une pathologie ou d'une intervention de santé du point de vue du patient* ». (22)

La HAS établit la qualité de vie, en retenant comme indicateur « *le nombre d'années de vie ajustées par la qualité* » (Quality adjusted life years-QALY). (22)

De nombreux questionnaires existent pour mesurer la qualité de vie.

Parmi les outils existants, les recommandations de la HAS et des autres agences étrangères privilégient l'EuroQoL EQ-5D développé dans les années 80. (23) (24)

Il comporte deux parties :

- Une partie avec les 5 dimensions : la mobilité, l'autonomie de la personne, les activités courantes, la douleur / gêne, l'anxiété / la dépression.
- Une partie avec une échelle visuelle analogique graduée de 0 à 100, sur laquelle le répondant est invité à situer « son état de santé aujourd'hui ». (23)

En 2011, ce groupe a développé et testé une nouvelle version avec cinq niveaux de réponse. Les nouveaux niveaux sont : pas de problèmes, légers problèmes, problèmes modérés, problèmes sévères, et incapables de faire quelque chose. (23)

D'autres questionnaires pour l'évaluation de la qualité de vie existent avec notamment le SF-36 ou encore le SF-6D qui consiste en un système de classification à six dimensions : fonction physique, limitation au travail, interaction sociale, douleur, santé mentale, vitalité, accompagné d'une table de notation. (23) (25)

Pour utiliser le système SF-6D, il faut d'abord utiliser le questionnaire SF-36 ou le SF-12 (déclinaison du SF-36 contenant 12 items) plus trois questions additionnelles. (23)

Les questionnaires EuroQoL EQ-ED et SF-36 sont visibles en Annexe 7 et 8.

Dans cette étude, on constate que peu d'indicateurs sont consacrés à l'analyse d'amélioration de la morbidité, la mortalité et la qualité de vie des patients. Ces trois piliers constituent pourtant l'enjeu principal de l'exercice de la médecine générale et de surcroît l'intérêt de la coordination des soins et des fonctions d'appui.

Le patient reste la priorité des PTA. Savoir que ces dernières fonctionnent est un bon élément mais ne prouve pas que le parcours et la qualité de vie du patient s'en trouvent améliorés. Cette étude pousse à améliorer la réflexion des indicateurs en privilégiant des indicateurs de « résultats » ou de « qualité » plutôt que des indicateurs de « processus » ou de « fonctionnement ».

### C. La satisfaction

La satisfaction est définie par la HAS comme étant « *l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action* ». (26) La satisfaction des usagers « *est une dimension importante et spécifique des résultats. Elle représentait 21,4 % des indicateurs recensés auprès des premiers établissements de santé engagés dans la procédure d'accréditation* ». (9)

Elle concerne à la fois le patient mais également les professionnels participant au dispositif d'appui. Elle reste néanmoins difficile à évaluer. En demandant au patient s'il est satisfait d'un service, il peut critiquer les soignants et les soins dont il est dépendant. La satisfaction est « *une mesure dépendante des individus et varie d'une personne à l'autre* ». « *Une expérience peut être jugée satisfaisante par quelqu'un, tout en étant insatisfaisante pour quelqu'un d'autre* ». (26)

En France il n'existe pas de questionnaire standardisé pour évaluer la satisfaction des patients.

L'Organisation de Coordination et de Développement Economiques (OCDE) a mis en place le projet HCQI (Health Care Quality Indicators) depuis 2007 qui a pour objectif de développer un ensemble d'indicateurs de satisfaction relatif aux systèmes de soins. Au total, 24 pays participent à ce projet avec parmi eux la France, l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie. (27)

Un questionnaire de satisfaction « pilote » a été élaboré en collaboration avec des experts internationaux et avec la participation de l'OMS, du Commonwealth Fund et du Dutch Centre for Consumer Experiences in Health Care. (27)

Ce questionnaire reprend 3 principaux domaines qui sont (27):

- L'accès aux soins (géographique et financier)
- La communication : temps consacré, échange d'informations, réponses aux questions
- L'autonomie, notamment l'implication du patient dans la prise de décisions.

Ce projet d'envergure mondiale montre l'importance de l'évaluation de la satisfaction dans notre système de soins.

Dans notre étude, trois indicateurs y sont consacrés :

- Présence ou non d'enquête de satisfaction auprès des usagers de la PTA
- Note moyenne de satisfaction générale des professionnels ayant eu recours (/10)
- Note moyenne de satisfaction générale des PSL à l'issue des réunions collectives (/10).

On constate, à nouveau, que peu d'indicateurs ont été élaborés pour évaluer la satisfaction des PTA. De plus, ces derniers nous renseignent principalement sur la satisfaction des professionnels de santé au détriment des patients.

#### D. Origine des indicateurs

Au cours de cette étude, une attention a été portée à l'origine des indicateurs.

Celle-ci s'est rapidement divisée en deux groupes, soit ils provenaient de l'ARS soit de la PTA elle-même. A la lecture des résultats, la majorité des indicateurs ont été établis à la demande des ARS.

Les Agences régionales de la santé (ARS) sont des établissements publics à caractère administratif. Elles ont été créées le 1er avril 2010 dans le cadre de la loi réformant l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite loi HPST). (28) (29) Elles ont deux missions principales : « *le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région* ». (28)

Comme indiqué dans leur définition, ce sont des établissements à caractère administratif. Le personnel n'est donc pas un personnel de terrain contrairement aux professionnels de santé qui travaillent avec et pour les patients. Laisser les ARS établir les indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA semblent donc peu approprié pour plusieurs raisons.

D'une part, elles ne sont pas en contact de proximité avec le patient. Certaines situations, certains aspects qui mériteraient d'être évalués ne peuvent être remarqués que par les professionnels de santé qui travaillent sur le terrain.

Par exemple, un professionnel de santé pourra constater en étant en contact direct avec le patient que beaucoup d'entre eux nécessitent une prise en charge de la douleur. Ainsi, un indicateur sur l'évaluation de la douleur pourrait être proposé alors qu'il ne le serait pas forcément par l'ARS.

D'autre part, les ARS travaillent pour une région, ils établissent donc des indicateurs standardisés régionaux. Cependant, au sein d'une même région, les PTA sont différentes, elles n'ont pas le même type de population, de pathologies, de ressources et ne peuvent donc être évalués de la même façon.

Par exemple, une PTA avec une population plutôt âgée aura plus d'intérêt à choisir des indicateurs en relation avec cette population (évaluation de la douleur, des troubles nutritionnels, des troubles du comportement, risque des complications de décubitus etc).

Chaque PTA est unique et travaille avec des réseaux différents. Elles ont des moyens différents à disposition et ne peuvent donc effectuer les mêmes actions.

Le cahier des charges des PTA en région Bourgogne-Franche Comté prévoit qu'elle soit constituée d'une équipe salariée, en adéquation avec les missions ci-dessus envisagées dans le projet, comprenant a minima les professionnels suivants (30) (31) :

- Manager ou Directeur de structure
- Secrétariat administratif
- Equipe de coordination d'appui
- Médecin

En ce qui concerne l'évaluation, elle prévoit que « *l'ARS élabore en concertation avec les structures un ensemble d'objectifs appuyés sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs d'évaluation des processus mis en œuvre et des résultats de la PTA (tenant compte du mandat de la HAS pour l'édition d'un référentiel répertoriant les indicateurs)* ». (30) (31)

Une évaluation de l'activité et de la performance par l'ARS est prévue à une fréquence de 6 mois et 12 mois la première année, puis de manière annuelle.

Le cahier des charges des PTA en Nouvelle Aquitaine prévoit, quant à lui, que la ressource humaine principale de la PTA soit « *les coordonnateurs d'appui, de profil*

*paramédical ou travailleur social* ». « *Ils sont en charge du suivi du parcours des patients, en lien avec les équipes de soins primaires* ». (32) Elle prévoit qu'une évaluation annuelle des PTA soit organisée par l'ARS avec les acteurs du système de santé et les usagers. (32)

La composition des PTA est donc différente, pourtant les ARS utilisent sensiblement à l'échelle nationale les mêmes indicateurs pour leurs évaluations.

Certaines PTA se sont rapidement rendues compte que la liste d'indicateurs proposée par l'ARS ne correspondait pas à leurs besoins. Ceci a conduit, pour certaines d'entre elles, à la création de groupes de travail afin de mieux préciser leurs indicateurs en fonction de leurs champs d'action, de leur territoire et de leurs ressources.

Si nous nous intéressons à l'origine du financement des PTA, elle est pour la région Bourgogne-Franche Comté par exemple, « *sur décision du Directeur Général de l'ARS* ». En effet, « *les projets de PTA répondant au présent cahier des charges seront financés sur l'enveloppe FIR* ». « *Ces éléments de rémunération s'appuieront sur le travail en cours sur l'élaboration des critères d'évaluation de l'activité et de la performance de la PTA.* » (30)

En ce qui concerne les PTA de Normandie, le financement est également assuré « *via le Fonds d'Intervention Régional (FIR)* ». (33)

« *A ce titre, les projets devront prévoir un budget prévisionnel, qui pourra comprendre, outre les frais de structure, la budgétisation de l'équipe pluridisciplinaire de la PTA :*

- *du temps administratif*
- *du temps de travailleur social*
- *du temps infirmier*
- *du temps de médecin.*

*Il est cependant précisé que le budget prévisionnel proposé sera analysé au regard du territoire d'intervention proposé, de la population couverte ainsi que du caractère précis et argumenté des fonctions assurées par l'équipe pluridisciplinaire.* » (33)

Les PTA sont financées par le biais du FIR et des ARS. Se pose alors un problème de conflit d'intérêts. En effet, afin d'obtenir le budget nécessaire à la création de nouveaux projets et l'amélioration de la coordination des soins, les PTA doivent « rendre des comptes » aux ARS.

Les PTA sont donc plus ou moins dans l'obligation de répondre au cahier des charges fourni par les ARS et d'utiliser les indicateurs et le mode d'évaluation qui leurs sont imposés.

## **V. L'ambition de la PTA du Douaisis**

### **A. Rappel du contexte et de la philosophie**

La PTA est un soutien pour l'ensemble des professionnels médicaux, sociaux ou médico-sociaux ayant besoin d'aide pour un patient à parcours de santé complexe.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune PTA en activité dans les Hauts-de-France, contrairement à d'autres régions qui semblent bien en avance.

Le rôle des PTA peut avoir un réel impact bénéfique que ce soit en terme financiers ou humains. Elles pourraient permettre au patient d'avoir une prise en charge optimale en évitant les hospitalisations ou les recours aux urgences non nécessaires.

Elles permettraient également au médecin généraliste un gain de temps en lui évitant les tâches chronophages afin qu'il puisse consacrer plus de temps à d'autres patients.

Le projet de PTA du Douaisis s'inscrit dans cette dynamique. Il a été décidé de réaliser cette étude afin d'assurer cette efficacité et anticiper l'évaluation de la PTA.

Elle a pour volonté de placer le patient au centre de la prise en charge, avant l'intérêt financier ou économique.

Aux regards des résultats de ce travail, elle a pour ambition d'inclure plus d'indicateurs de « qualité » et de « satisfaction » plutôt que de « fonctionnement ». Par ailleurs, elle a pour but que chacun de ses indicateurs soit établi par la PTA du Douaisis elle-même et non pas exclusivement à la demande de l'ARS.

« Qualité » et « satisfaction » sont donc les deux principaux adjectifs que la PTA du Douaisis veut mettre en avant dans l'élaboration de ses indicateurs.

## B. Proposition d'une liste d'indicateurs

Afin d'y répondre de la meilleure des façons, un second projet de thèse sera réalisé afin de mettre en évidence les indicateurs les plus adéquates.

En attendant, une piste de réflexion sur les indicateurs peut déjà être proposée en résumé de cette étude.

Dans cette liste seront distingués trois types d'indicateurs :

- indicateur de fonctionnement
- Indicateur de qualité
- indicateur de satisfaction

### 1) Indicateurs de fonctionnement

- Nombre total d'appel sur le numéro unique
- Motifs des sollicitations
- Origine des sollicitations (médecins généralistes, établissements, patients, familles etc)
- La répartition des bénéficiaires par classe d'âge
- Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins
- Le délai de réponse

### 2) Indicateurs de qualité

#### a) Indicateurs intermédiaires

- Nombre d'hospitalisations évitées
- Nombre de recours aux urgences évités
- Evaluation et prise en charge de la douleur
- Elaboration d'un projet de soins avec le patient
- Dépistage des troubles nutritionnels
- Dépistage des troubles du comportement
- Evaluation du risque d'escarre
- Evaluation de la prise en charge des aidants
- Dépistage du risque iatrogénique chez les sujets âgés

b) Indicateurs finaux

- Taux de mortalité
- Taux de morbidité (complications, pathologies survenues au cours de la prise en charge par la PTA)
- Amélioration de la qualité de vie du patient
- Amélioration de la qualité de vie des aidants

3) Indicateurs de satisfaction

a) Mesure de la satisfaction des patients

- Satisfaction du délai de réponse
- Information du patient
- Prise en charge par le personnel soignant
- Education du patient
- Relation patient/professionnel de santé

b) Mesure de la satisfaction des aidants

- Relation entourage/professionnel de santé

c) Mesure de la satisfaction des acteurs de santé des structures qui participent au projet PTA

- Conditions de travail favorisant la relation avec le malade
- Coordination et collaboration avec les autres professionnels de la structure
- Outils de coordination et de communication

d) Mesure de la satisfaction des professions de santé sollicitant la PTA

- Délai de réponse
- Gain de temps pour les médecins généralistes

### C. Perspectives

Au moment de la rédaction de ce travail, la loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (Loi n° 2019-774) a vu valider l'article 23 par l'Assemblée Nationale le 10 juillet 2019. Cette dernière porte sur les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. (34)

Elle permet de confirmer l'ambition déjà initialisée par la PTA du Douaisis de fusionner plusieurs dispositifs existants notamment les réseaux de santé, les MAIA et les PTA.

La PTA du Douaisis avait déjà pour aspiration cette idée de fusion sur le long terme. Cette loi permet d'apporter une nouvelle organisation disposant d'un délai de trois ans pour se mettre en place.

Autrement dit, hormis quelques exceptions, « *au sens du Code de la Santé Publique, il n'y aura plus de réseau de santé ni de MAIA d'ici trois ans* ». (34)

En ce qui concerne la mise en place des indicateurs, afin d'être le plus exhaustif et le plus impartial possible, nous pourrions d'une part, proposer une analyse de nos indicateurs par différentes personnes extérieures telles que des professionnels de l'ARS, de santé publique ou encore un économiste. Ceci permettrait d'inventorier le plus grand nombre d'indicateurs possible avec à la fois des indicateurs plutôt de fonctionnement par les professionnels économiques et des indicateurs de qualité et de satisfaction par les professionnels du terrain. Les indicateurs seront également élaborés avec les patients eux-mêmes en travaillant avec des associations d'usagers notamment France Assos Santé.

D'autre part, l'ambition de la PTA du Douaisis est d'établir des indicateurs sous la forme du modèle SMART afin de les rendre le plus efficient possible.

Enfin, le groupe de travail « recherche » déjà mis en place permettra l'élaboration des indicateurs d'évaluation et de suivi de la PTA de part notre réflexion entre professionnels de santé et de part le travail d'une nouvelle thèse sur l'étude plus approfondie des indicateurs repérés par ce premier travail. L'objectif final étant de privilégier l'utilisation d'indicateur de qualité et de satisfaction.

# CONCLUSION

Les Plateformes Territoriales d'Appui sont des dispositifs mis en place afin d'assurer un soutien de l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des patients en situation de parcours complexes. Elles ont pour principal objectif de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours.

Un nouveau projet de PTA a été lancé sur le territoire du Douaisis afin de s'affilier à ce projet national et de faciliter les différents niveaux de coordination des soins en médecine générale. Il permet un nouvel abord de cette spécialité mais reste néanmoins fragile et nécessite d'en connaître ses forces et ses limites.

Ce travail offre une première vision des évaluations des PTA à l'échelle nationale en élaborant un premier état des lieux des indicateurs utilisés par les PTA de France en 2019.

Les résultats révèlent des indicateurs plus ou moins communs à l'ensemble des PTA et standardisés par les ARS en privilégiant des indicateurs dit de « fonctionnement ». Les réflexions issues de cette étude montrent la complexité de la définition et de l'élaboration des indicateurs.

Chaque territoire est différent, chaque PTA travaille avec une population, des réseaux, une équipe pluri-professionnelle différents. Ainsi les problèmes de santé rencontrés sont eux aussi différents et varient en fonction du territoire. Leur évaluation ne peut qu'en être de même.

Certains indicateurs peuvent être standardisés car la base de fonctionnement de chaque PTA reste la même. Il est néanmoins indispensable d'adapter l'évaluation à chaque territoire afin de répondre au mieux à la demande.

Le mode de financement par les ARS via le FIR des PTA participe à l'élaboration d'indicateurs dit de « fonctionnement ». Les responsables de PTA doivent répondre à un certain nombre d'exigences demandées par les ARS afin d'obtenir les subventions nécessaires à la réalisation de leurs projets. Ceci conduit à évaluer les PTA sur la performance quantitative de leurs actions au détriment de la qualité de la prise en charge des patients en situation de parcours complexes.

Cette étude permet d'affiner la volonté de la PTA du Douaisis à s'affilier dans une démarche d'évaluation favorisant la « qualité » de la prise en charge des patients et la « satisfaction » des utilisateurs et des bénéficiaires. Elle permet d'anticiper son évaluation et de proposer d'emblée une liste d'indicateurs adaptés à son territoire.

Ce travail s'inscrit dans un projet de recherche plus global avec l'élaboration de plusieurs thèses afin d'être le plus efficient possible dans la coordination du parcours complexe. Pour cela, deux premières thèses ont déjà été soutenues sur l'analyse quantitative et qualitative du ressenti des acteurs de santé sur les situations complexes. Une troisième thèse a également été réalisée sur les actions à mettre en place en fonction des résultats des deux premières thèses.

Cette étude est donc le quatrième projet et sera suivi par la réalisation d'un cinquième sujet qui portera sur la mise en place des indicateurs pour la PTA du Douaisis.

Aucune PTA n'est encore en activité dans les Hauts de France et nous espérons, par l'intermédiaire de l'ensemble de ces travaux, apporter notre pierre à l'édifice afin d'améliorer l'exercice de la médecine générale.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [En ligne]. Ministère chargé de la santé. Octobre 2012 ; [cité 11 oct 2012]. [Environ 69 pages]. Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)
2. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74 [En ligne]. Legifrance le service public de la diffusion du droit. Janvier 2016 ; [cité 26 janv 2016]. Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=829F0FB980F10D03F5A1E2E1B7CD6737.tplgfr22s\\_1?idArticle=JORFARTI000031913316&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=829F0FB980F10D03F5A1E2E1B7CD6737.tplgfr22s_1?idArticle=JORFARTI000031913316&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id)
3. Santé et innovation : Kaiser Permanente, un colosse du SI santé aux pieds d'argile ? [En ligne] Bearingpoint ; [cité 2019]. Disponible : <https://www.bearingpoint.com/fr-fr/blogs/blog-secteur-public/sante-et-innovation-kaiser-permanente-un-colosse-du-si-sante-aux-pieds-dargile/>
4. Cahier des charges : Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination des parcours de santé complexes. [En ligne]. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Avril 2018 ; [cité 8 Nov 2018]. [Environ 13 pages]. Disponible : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Cahier%20des%20charges%20AAC\\_PTA%20\\_avril%202018.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Cahier%20des%20charges%20AAC_PTA%20_avril%202018.pdf)
5. Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui. [En ligne]. ARESPA Franche-Comté. 2018 ; [cité 16 janv 2018]. Disponible : <https://arespa.org>
6. PTA ET CPTS, Une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins et du parcours du patient. [En ligne]. Hippocrate Développement [cité 01 déc 2009]. Disponible : <https://www.hippocrate-developpement.fr/blog/hippocrate-decode-1/post/pta-et-cpts-une-nouvelle-etape-dans-la-structuration-de-loffre-de-soins-et-du-parcours-du-patient-2>
7. Douais Agglo. [En ligne]. Wikipédia [cité 05 sept 2019]. Disponible : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Douais\\_Agglo](https://fr.wikipedia.org/wiki/Douais_Agglo)
8. Tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé. [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Mai 2015 ; [cité 25 juin 2015]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040388/fr/tableau-de-bord-des-indicateurs-de-suivi-des-reseaux-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040388/fr/tableau-de-bord-des-indicateurs-de-suivi-des-reseaux-de-sante)
9. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux. [En ligne]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Mai 2002 ; [cité 15 déc 2008]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction\\_et\\_utilisation\\_des\\_indicateurs\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_principes\\_generaux\\_guide\\_2002.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf)
10. Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ? [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; [cité 19 janv 2017]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins)

11. Élaboration d'indicateurs de qualité de soins dans un centre hospitalier psychiatrique. [En ligne]. Cairn. 2003 ; [cité 01 janv 2018]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-1-page-99.htm>
12. Indicateurs pour le suivi et l'évaluation : un guide pratique. [En ligne]. Commission Européenne ; Développement thématique, impact, évaluation et actions innovatrices -Évaluation et additionalité. Janvier 2006 ; [cité 23 janv 2006]. [Environ 27 pages]. Disponible : [http://www.ofarcy.net/documentation/indic\\_sf2007-2013\\_fr.pdf](http://www.ofarcy.net/documentation/indic_sf2007-2013_fr.pdf)
13. Principes d'évaluation des réseaux de santé. [En ligne]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Août 1999 ; [cité 1er juin 1999]. [Environ 135 pages]. Disponible : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf>
14. Réseaux de santé - Guide d'évaluation. [En ligne]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Juillet 2004 ; [cité 01 juillet 2004]. [Environ 35 pages]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Reseaux\\_2004.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf)
15. Les indicateurs et le système de soins. [En ligne]. Gouvernement du Québec ; Direction générale de la planification et de l'évaluation. Février 1999 ; [cité 1999]. [Environ 29 pages]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1998/98-767-01.pdf>
16. Objectifs et indicateurs SMART. [En ligne]. Wikipédia ; [cité 12 mars 2019]. Disponible : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Objectifs\\_et\\_indicateurs\\_SMART](https://fr.wikipedia.org/wiki/Objectifs_et_indicateurs_SMART)
17. La montée en puissance des indicateurs en santé - Numéro 7. [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; La lettre d'information de la Haute Autorité de Santé. Mai-Juin 2007 ; [cité juin 2007]. [Environ 8 pages]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lettre\\_has\\_n\\_7.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lettre_has_n_7.pdf)
18. Note méthodologique et de synthèse documentaire : « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Septembre 2014 ; [cité 26 sept 2014] . [Environ 44 pages]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_ap-pui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_ap-pui_coordo_25_09_14.pdf)
19. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. [En ligne]. Cairn ; Patrick Fournier - Gérontologie et Société. 2002 ; [cité 01 avril 2009]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-1-page-131.htm>
20. Définition morbidité - Dictionnaire de français Larousse. [En ligne]. Larousse. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/morbidité/52584>
21. Définition mortalité - Dictionnaire de français Larousse. [En ligne]. Larousse. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mortalité/52714>
22. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Juillet 2018 ; [cité 12 Nov 2018]. Disponible : <https://www.->

has-sante.fr/jcms/c\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie

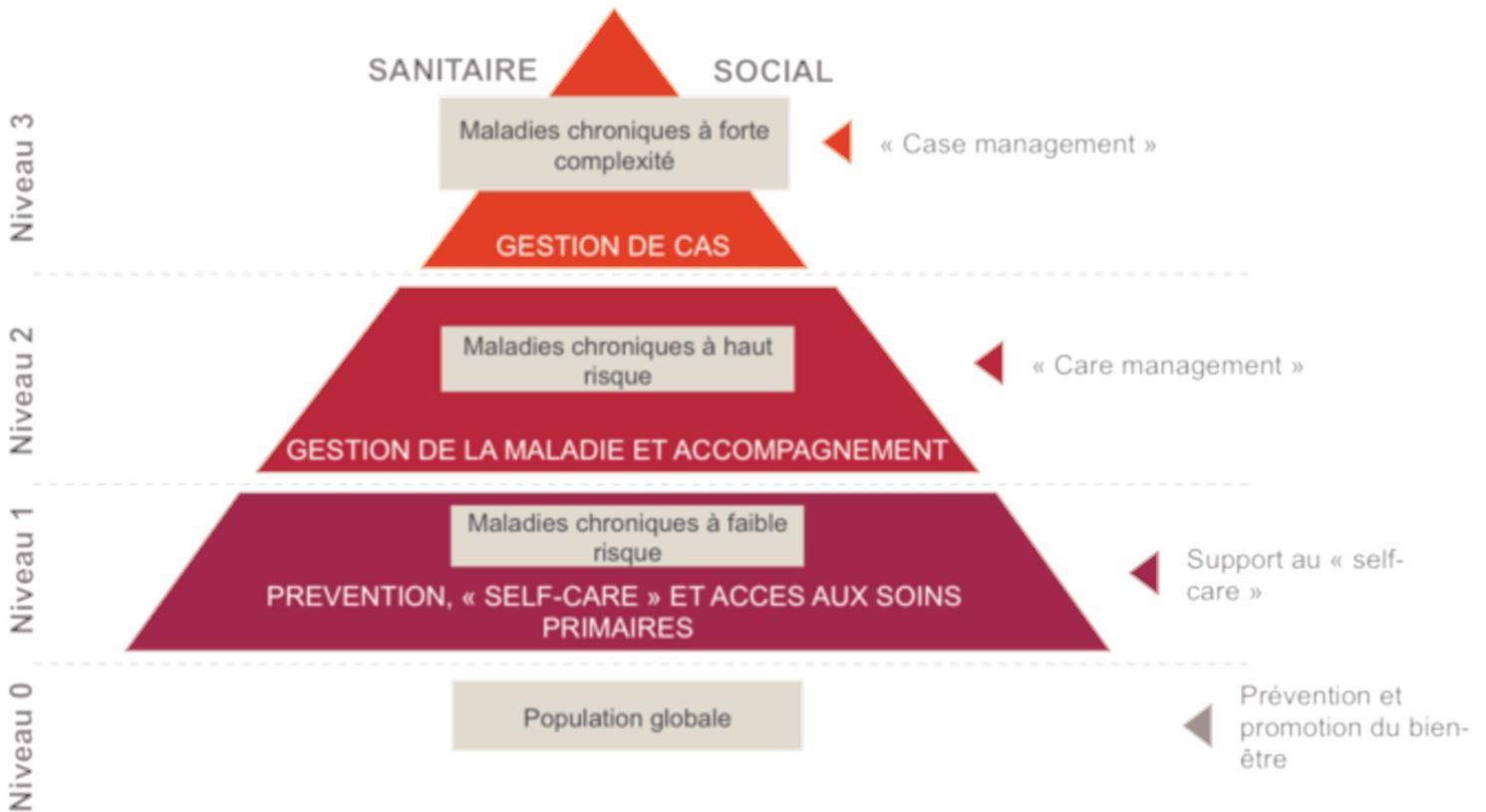
23. M. Matthias Borms. Utilisation des outils de mesure de la qualité de vie liée à la santé dans l'accès au marché des médicaments. [En ligne]. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie ; [cité 11 juin 2018]. Disponible : <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/da3a35e9-5b30-490b-8b0f-69a40e3f7d42>
24. Julie Chevalier. Valorisation des états de santé EQ-5D en France. [En ligne]. CCDE ; [cité 27 mai 2010]. Disponible : [http://www.ccde.fr/\\_fold/fl-1277197683-752.pdf](http://www.ccde.fr/_fold/fl-1277197683-752.pdf)
25. République Française. Questionnaire généraliste SF36 (Qualité de vie). [En ligne]. DRJSCS Ile de France ; [cité 2 mars 2011]. Disponible : [http://ile-de-france.drjscs.-gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/qualite\\_de\\_vie\\_sf36.pdf](http://ile-de-france.drjscs.-gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/qualite_de_vie_sf36.pdf)
26. Rapport Expérience Patient. [En ligne]. Haute Autorité de Santé. Avril 2011 ; [cité 14 sept 2012]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011)
27. République Française. Mesure de l'expérience du patient - Analyse des initiatives internationales. [En ligne]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Avril 2011 ; [cité 14 sept 2012]. [Environ 34 pages]. Disponible : <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/Rapport-experience-patientVF.pdf>
28. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé. [En ligne]. Agence Régionale de Santé ; [cité 7 mai 2019]. Disponible : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
29. ARS : Définition et fonctionnement. [En ligne]. Cap Retraite ; [cité 2016]. Disponible : <https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/ars/>
30. Communiqué de presse - Appui et coordination au bout du fil pour les professionnels de santé du Nord Saône-et-Loire. [En ligne]. Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche Comté. Février 2016 ; [cité 23 Nov 2016]. [Environ 2 pages]. Disponible : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2016.11.23\\_\\_APPUI\\_PROFESSIONNELS\\_NORD\\_71.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2016.11.23__APPUI_PROFESSIONNELS_NORD_71.pdf)
31. Cahier des charges portant sur la mise en place des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). [En ligne]. Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche Comté. Mars 2017, [cité 8 mas 2017]. [Environ 13 pages]. Disponible : [https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/AAC-PTA\\_Cahier%20des%20chargesPTA\\_VFdocx.pdf](https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/AAC-PTA_Cahier%20des%20chargesPTA_VFdocx.pdf)
32. Plateforme Territoriales d'Appui - Document régional d'orientation et d'appui. [En ligne]. Agence Régionale de Santé Nouvelle - Aquitaine. Janvier 2017 ; [cité 30 juillet 2018]. [Environ 21 pages]. Disponible : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PTA-document%20d%27orientation%20et%20d%27appui-Nouvelle%20Aquitaine-DEF.pdf>
33. Cahier des charges pour le déploiement des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) en Normandie. [En ligne]. Agence Régionale de Santé Normandie. Avril 2017 ; [cité 6 avril

2017]. [Environ 6 pages]. Disponible : [https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/20170327\\_CAHIER\\_DES\\_CHARGES\\_PTA.pdf](https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/20170327_CAHIER_DES_CHARGES_PTA.pdf)

34. Dispositifs d'appui à la coordination : l'article 23 de la Loi OTSS est adopté. [En ligne]. Association des Réseaux de Santé d'Ile-de-France. Juillet 2019 ; [cité 4 août 2019]. Disponible : <https://asso-resif.fr/2019/08/dispositifs-dappui-a-la-coordination-larticle-23-de-la-loi-otss-est-adopte/>

# **ANNEXES**

ANNEXE 1: Représentation de la Pyramide de Kaiser. (3)



ANNEXE 2: Carte de localisation du Douaisis. (7)



ANNEXE 3: Questionnaire.

## **Questionnaire de thèse de médecine générale**

POIRET Camille

### 1) Caractéristiques de la Plateforme Territoriale d'Appui

- Nom de la Plateforme Territoriale d'Appui:
- Territoire de la Plateforme Territoriale d'Appui:
- Nombre d'habitants couverts par le territoire :
- Date de lancement :
- Quel type de population (urbain, rural):

### 2) Méthode de l'évaluation

- Combien d'évaluations de votre Plateforme Territoriale d'Appui avez vous effectuées depuis sa création ?
- A quel rythme ?
- Pouvez vous m'envoyer votre liste d'indicateurs ? Si non, pourquoi?
- Comment les avaient vous mesurés ?
- Quels sont vos indicateurs principaux ?
- Pourquoi avoir choisi ces indicateurs ?
- Ces indicateurs ont-ils étaient établis par vous même ?
- Ces indicateurs ont-ils étaient établis à la demande d'une institution ?
- Si oui, laquelle?
- Avez vous changé d'indicateurs au cours de vos évaluations ?
- Si oui, lesquels ?
- Pourquoi ?

### 3) Commentaires libres

ANNEXE 4: Liste des Plateformes Territoriales d'Appui en France en 2019.

**58 PTA :**

- **Normandie: (10)**

- PTA Cotentin
- PTA Sud Manche
- PTA Sud Eure
- PTA Dieppe
- PTA Vexin
- PTA Bessin
- PTA Revivre/Synapse
- PTA Orne
- PTA Bray et bresle
- PTA Le Havre

- **Provence Alpes Côte d'Azur: (8)**

- Apport santé
- Centre de Santé Soutien Social
- Var est (coordination territoriale des Aines)
- Est azur
- Hautes Alpes
- Pratic santé
- Ressource santé
- Var ouest

- **Bretagne: (10)**

- Appui santé Nord Finistère
- Appui santé en Cornouaille
- Cap autonomie santé
- Appui professionnel santé

- Appui santé pays de Fougères
- Appui santé pays de Rennes
- Appui santé Brocéliande
- Appui santé Rance Emeraude
- Appui santé ouest Armor
- Appui santé est Armor

- **Nouvelle Aquitaine: (12)**

- PTA Santé Landes
- PTA de Charente
- PTA de Charente-Maritime
- PTA de Corrèze
- PTA de la Creuse
- PTA de Dordogne
- PTA de Gironde
- PTA de Lot-et-Garonne
- PTA des Pyrénées-Atlantiques
- PTA des Deux-Sèvres
- PTA de la Vienne
- PTA de Haute-Vienne

- **Pays de la Loire: (1)**

- PTA Palex.

- **Occitanie: (2)**

- PTA Arcade
- PTA Tarn et Garonne

- **Auvergne - Rhone Alpes: (2)**

- PTA Pascaline Lyon est

- PTA Pascaline Nord

- **Bourgogne - Franche Comté: (3)**

- PTA Nord 71
- PTA ARESPA
- PTA Resoval

- **Ile de France: (2)**

- PTA Onco 94 ouest
- PTA Odysée

- **DOM TOM: (3)**

- PTA Guadeloupe
- PTA Martinique
- PTA Océan Indien

- **Grand Est: (5)**

- Projet Sud Ardennes
- Projet Grand Reims
- Projet Ouest Vosgien
- Projet Meuse
- Projet Alsace

ANNEXE 5: Liste de proposition d'indicateurs par la HAS. (9)

**AXE 1 : Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients**

Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6
Nombre de médecins du territoire ayant participé à un accord entre généralistes et spécialistes de second recours sur les procédures de référence et de communication / nombre de médecins du territoire	Nombre de professionnels de santé mobilisés par le réseau en appui à l'élaboration ou au suivi de PPS / nombre de professionnels de santé sur le territoire	Nombre de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau et répondant aux critères de qualité de la HAS en matière de traçabilité / nombre total de réunions de concertation organisées avec l'aide ou par le réseau	Nombre de patients suivis dans le cadre d'une assistance au parcours et pour lesquels un retour d'information au médecin traitant a été effectué / ensemble des patients suivis dans ce cadre	Nombre de programmes d'ETP construits avec le soutien méthodologique du réseau / nombre de programmes d'ETP autorisés par l'ARS sur le territoire du réseau	Nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation et pour lesquels le réseau a assuré une intervention au domicile < 7 jours après la sortie / nombre de patients âgés ≥ 75 ans ou handicapés accompagnés par le réseau après une hospitalisation

**AXE 2 : Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale**

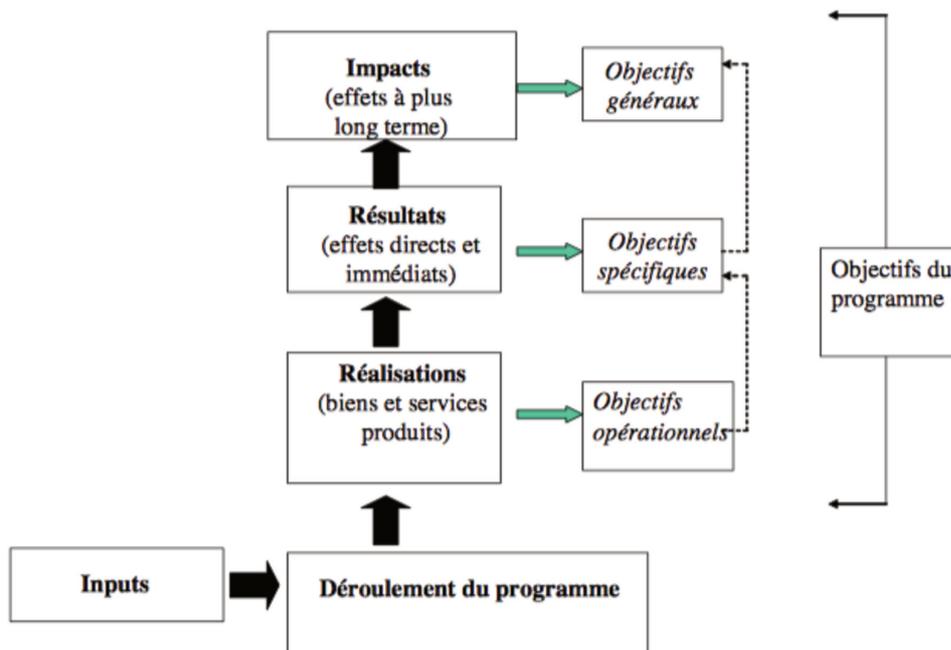
Indicateur 7	Indicateur 8	Indicateur 9
Nombre de médecins du territoire ayant bénéficié d'un appui pour utiliser les outils de partage d'information (VSM, DLU, DMP, MSS, etc.) / nombre de médecins sur le territoire	Nombre de structures d'appui partageant avec le réseau ou au sein de la plateforme les mêmes procédures d'orientation des professionnels ou des usagers / nombre de structures d'appui du territoire	Nombre de retours d'information à la gouvernance ≤ 30 jours / nombre de difficultés et de besoins non satisfaits identifiés par le réseau

**AXE 3 : Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions**

Indicateur 10	Indicateur 11	Indicateur 12
Nombre de demandes de médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention auprès du patient < 7 jours / nombre total de demandes de médecins traitants ou de médecins en lien avec le médecin traitant	Nombre de salariés du réseau ayant bénéficié d'une action de formation professionnelle continue ou de DPC depuis trois ans / nombre de salariés du réseau	Nombre d'indicateurs du CPOM directement renseignés par le système d'information du réseau / nombre d'indicateurs du CPOM

ANNEXE 6: Schéma représentant les différents types d'indicateurs. (13)

**Figure 2.2 a: Le cadre logique**



ANNEXE 7: Questionnaire EuroQoL EQ-5D. (23)

**Mobilité**

1. Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied.
2. J'ai des problèmes pour me déplacer à pied.
3. Je suis obligé(e) de rester alité(e).

**Autonomie de la personne**

1. Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi.
2. J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
3. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e).

**Activités courantes**

1. Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes (e.g. travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs).
2. J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes.
3. Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes.

**Douleurs/gêne**

1. Je n'ai ni douleurs ni gêne.
2. J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s).
3. J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s).

**Anxiété/Dépression**

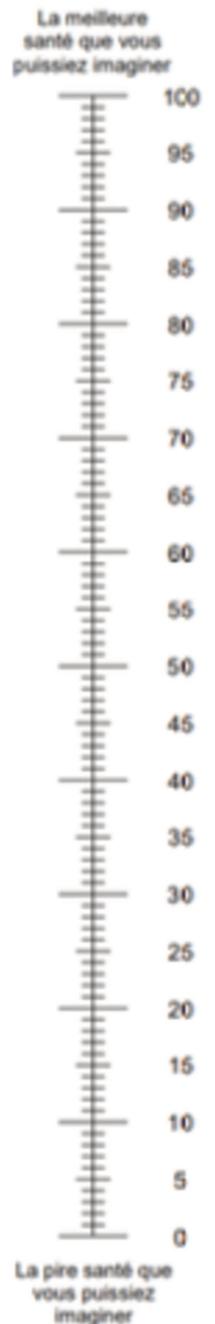
1. Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e).
2. Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e).
3. Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e).

Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.

- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.  
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI =

[https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf)







**8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Pas du tout      un peu      modérément      assez fortement      énormément

**9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :**

**a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**b. étiez-vous très nerveux ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**f. étiez-vous triste et maussade ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*d. mon état de santé est excellent.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

**AUTEUR : Nom : POIRET**

**Prénom : Camille**

**Date de Soutenance : 30 octobre 2019**

**Titre de la Thèse : Etat des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des Plateformes Territoriales d'Appui en France en 2019.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Plateforme Territoriale d'Appui - Parcours complexes - Indicateurs - Evaluation**

**Contexte :** La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet la mise en place de fonctions d'appui qui peuvent être organisées sous la forme de plateformes territoriales d'appui (PTA) à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours. Dans le cadre d'un projet de PTA sur le Douaisis, une réflexion est menée sur le choix d'indicateurs pertinents pour l'évaluation et le suivi. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des PTA en France en 2019.

**Méthode :** Une étude observationnelle a été réalisée en contactant l'ensemble des PTA de France et en leur soumettant un questionnaire composé en 4 parties : les caractéristiques de la PTA, la méthode d'évaluation, les indicateurs, et enfin les commentaires libres. Les PTA ont été contactées par téléphone ou par mail. L'analyse des indicateurs a précisé leur fréquence d'utilisation et leur origine de conception (PTA ou ARS).

**Résultats :** Sur les 58 PTA répertoriées, 29 ont fourni une réponse exploitable (taux de réponse à 50%) permettant de recenser au total 95 indicateurs. Le résultat principal de l'étude était que l'indicateur le plus utilisé par les PTA est « le nombre total de sollicitations » (23 PTA) puis « le nombre de personnes ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins » (22 PTA) et enfin l' « origine des sollicitations » (17 PTA). Aucune PTA n'utilisait que ses propres indicateurs et 90 % des PTA utilisaient uniquement des indicateurs créés par l'ARS.

**Conclusion :** Ce travail offre une première vision des évaluations des PTA à l'échelle nationale. Les résultats révèlent des indicateurs plus ou moins communs à l'ensemble des PTA et standardisés par les ARS en privilégiant des indicateurs dits de « fonctionnement ». L'ambition de la PTA du Douaisis est de s'inscrire dans une démarche d'évaluation favorisant des indicateurs de « qualité » qui s'intéressent à l'efficacité de la prise en charge des patients en situations complexes et des indicateurs de « satisfaction » des patients et des acteurs de santé. Les indicateurs utilisés pour le suivi de la PTA devront être évalués.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs : Professeur Luc DEFEBVRE, Professeur Jean-Marc LEFEBVRE,  
Docteur Sylvain DURIEZ (directeur de thèse)**