

**Analyse par le Collège de la Médecine Générale du Document
Plan Personnalisé de Santé (PPS) publié par la HAS et daté de juillet 2013.**

Le Collège de la Médecine Générale a pris connaissance de ce document, et après avis de ses membres qui ont participé à des groupes de travail le concernant, émet les observations suivantes.

Tout d'abord, le Collège de la Médecine Générale se félicite de l'adoption par la HAS de la notion de PPS, outil de l'analyse et de la décision partagée entre les soignants et le patient. Pour le Collège de la Médecine Générale, qui a travaillé sur ce concept depuis 3 ans et l'a apporté à la HAS, cette démarche est une avancée dans la structuration de l'offre de soins.

Le Collège de la Médecine Générale adhère donc au concept de PPS, mais quelques modifications sont indispensables pour le rendre acceptable dans le document de juillet 2013.

Sur le fond :

Le PPS, comme cela est prévu dans les « guides d'ALD seconde génération », est un document de la coordination des soins initié par le médecin traitant, sous sa responsabilité, dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. La coordination se manifeste par le partage d'informations concernant les problèmes et les prises en charges, avec les différents professionnels de soin et de la santé concernés et avec l'accord du patient.

Il s'agit d'un outil structurant pour les prises en charges, notamment dans la coordination des intervenants en soins primaires d'une part, et avec les autres intervenants. Si les équipes de soins primaires ne sont pas concernées au premier degré et initialement par ce document, cela est un obstacle à son adoption.

Dans le PPS « PAERPA » qui nous est présenté, le fait que le médecin traitant et l'équipe soignante de premier recours ne soient pas présentés comme l'initiateur OBLIGATOIRE du PPS expose à une perte d'efficacité du dispositif. Les autres spécialistes d'organe ambulatoires sont ignorés dans ce texte.

Nous comprenons bien que dans l'expérimentation qui va se faire dans plusieurs territoires de santé les soignants de premier recours seront très mobilisés et concernés par la mise en place du dispositif ; nous ne pouvons pas concevoir que ces soignants de premier recours ne soient exclusivement les initiateurs du processus.

Sur la forme :

Titre : le titre de ce document est « PPS ». Le titre n'est pas complet, puisque ce document se réfère à l'expérimentation « PAERPA », et qu'il a été spécifiquement construit pour cette expérimentation. Si le PPS tel que nous l'entendons concerne l'ensemble des problèmes de santé et notamment tous les patients atteints de maladies chroniques, le PPS développé pour le PAERPA comporte des spécificités que ne sont pas transposables à toutes les maladies chroniques. Pour ces raisons, ce document devrait être renommé « Plan Personnalisé de Santé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA ».

Initiation du PPS : la notion « d'initiation » du PPS nécessite une précision. L'initiation ne veut pas dire la réalisation. En fait, le PPS est une démarche utilisant un outil. La démarche est initiée. Le « PPS outil », c'est à dire la matrice du PPS, est une « réalisation ». Comme nous l'avons dit plus haut, le médecin traitant ne peut être tenu à l'écart de cette réalisation, dès son initiation.

Acteurs impliqués dans la coordination du PPS : « le coordinateur du PPS, qui peut ne pas être le médecin traitant, ... doit animer une réunion téléphonique (page 8) avec les autres intervenants ». Sont cités : l'infirmier et le pharmacien et éventuellement les autres acteurs sociaux et sanitaires jugés utiles au suivi. Très curieusement, le médecin traitant est ici oublié. Nous demandons qu'il soit réintégré dans cette phrase.

Réalisation du PPS : En soins primaires, il est possible de s'appuyer sur les compétences de plusieurs professionnels ou structures pour sa réalisation et pour la mise en œuvre du plan d'action. Cela veut dire que ce PPS peut être élaboré en plusieurs étapes, dans un laps de temps qui, en dehors d'une situation d'urgence, peut prendre plusieurs semaines. La réalisation en plusieurs étapes est une des conditions de faisabilité en soins primaires.

Formation en ETP : elle est nécessaire. Mais nous ne voyons pas pourquoi il faut s'assurer que les professionnels y répondant ont reçu la formation nécessaire (40 heures). Que faire si cette condition n'est pas remplie ?

Stigmatisation des médecins généralistes : les annexes présentent des cas à visée « pédagogique ».

Dans la vignette 1, il est présenté le cas d'un patient dont le médecin est près de la retraite. La « recommandation » du PPS est de changer de médecin. Il nous semble qu'il aurait été judicieux, avant de proposer cette solution « ultime », d'analyser le contexte de soin de ce patient et de l'équipe soignante disponible sur son territoire de santé, et de travailler avec son médecin sur les conditions favorables à la réalisation du plan d'action, avant d'inciter le patient à changer de médecin, sans l'accord de ce dernier. Les problèmes de démographie médicale n'assurent pas qu'un autre médecin sera plus disponible que le premier.

Dans la vignette 2, un cas caricatural de médecin traitant est présenté : ne se déplace pas, ne fait pas de tiers payant, a un recours systématique aux urgences, avec 5 hospitalisations dans l'année précédente. Les défaillances des services hospitaliers et

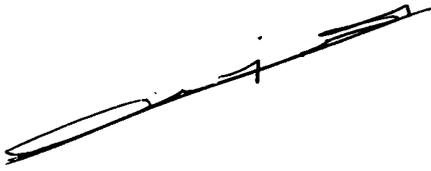
des urgences dans la programmation d'un suivi ne sont pas analysées, alors qu'elles jouent un rôle important dans le manque d'anticipation de la prise en charge.

Ces deux exemples ne nous paraissent pas acceptables et doivent être réécrits.

Le Collège de la Médecine Générale ne saurait valider ce document en l'état.

Paris, le 19 octobre 2013.

Professeur Pierre-Louis DRUAIS.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. L. Druais', written in a cursive style.

Docteur Eric DRAHI

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eric Drahi', written in a cursive style.