HAL
open science

Plateforme territoriale d'appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge

Chloé Tack, Thomas Feillet

▶ **To cite this version:**

Chloé Tack, Thomas Feillet. Plateforme territoriale d'appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02102157

HAL Id: dumas-02102157

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102157v1

Submitted on 17 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2018

par

Mme TACK Chloé, née le 25 Janvier 1988, à Pontoise (95)

Mr FEILLET Thomas, né le 16 Juin 1987, à Saint Maurice (94)

TITRE DE LA THÈSE :

Plateforme Territoriale d'Appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge.

Président : **Monsieur le Professeur TOUZÉ Emmanuel**

Membres : Monsieur le Professeur VERDON Renaud

Monsieur le Professeur LE BAS François

Monsieur le Docteur SABATHIER Philippe « *Directeur de thèse* »

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**COQUEREL Antoine**	Pharmacologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
M.	**DERLON Jean-Michel** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Neurochirurgie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale

M.	**DUHAMEL Jean-François** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Pédiatrie
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**HÉRON Jean-François** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Cancérologie
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**HURAULT de LIGNY Bruno** **Éméritat jusqu'au 31/01/2020**	Néphrologie
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LEPORRIER Michel** **Éméritat jusqu'au 31/08/2020**	Hématologie
M.	**LEROY François**	Rééducation fonctionnelle
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROUPIE Eric**	Thérapeutique
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie

M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIADER Fausto**	Neurologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire
Mme	**ZALCMAN Emmanuèle**	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	**LUET Jacques** **Éméritat jusqu'au 31/08/2018**	Médecine générale

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	**VABRET François**	Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	**de la SAYETTE Vincent**	Neurologie
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
Mme	**LESCURE Pascale**	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	**DEBRUYNE Danièle** **Éméritat jusqu'au 31/08/2019**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie** **Éméritat jusqu'au 31/08/2020**	Hématologie
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**GUÉNOLÉ Fabian** **sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18**	Pédopsychiatrie
M.	**HITIER Martin**	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**LANDEMORE Gérard** **sera en retraite à partir du 01/01/18**	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEPORRIER Nathalie** **Éméritat jusqu'au 31/10/2017**	Génétique
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie générale
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**REPESSÉ Yohann**	Hématologie
M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie

M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
M.	**GRUJARD Philippe**	Médecine générale
M.	**LE BAS François**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Dr SABATHIER Philippe, notre directeur de thèse, qui nous a guidés pendant ce projet, pour sa disponibilité, son soutien, et ses conseils.

A Monsieur le Professeur TOUZE Emmanuel, doyen de la faculté de Médecine de Caen, nous exprimons toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury de thèse.

A Messieurs le Professeur VERDON Renaud et le Professeur LE BAS François, nous exprimons toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être membre de notre jury de thèse.

Aux membres de l'équipe de la PTA du Sud-Manche,

A Messieurs le Docteur MARCONNET David, le Docteur BOYER Nicolas et le Docteur TRENIER Thomas, les médecins opérateurs.

A Monsieur DELABROISE Richard et Mme DELAUNAY-BARBOT Myriam, les IDE coordonateurs

A Madame BOULON Myriam, l'assistante administrative.

Nous vous remercions pour votre écoute, votre temps, votre disponibilité et votre aide dans la réalisation de ce travail de thèse.

Aux membres de l'équipe MAIA du Sud-Manche, l'ARS Normandie et le CGS Normand-e Santé pour vos informations précieuses.

A l'ensemble de nos maîtres de stage du Sud-Manche durant notre cursus, pour leurs enseignements et leurs conseils précieux.

A Marine et Styve, pour leur amour, leur soutien et leur patience au quotidien, durant ces années éprouvantes.

A nos parents, frères et soeurs, et nos familles pour leur soutien inconditionnel tout au long de nos études.

A Brigitte, pour son aide précieuse dans la rédaction de cette thèse.

A nos amis.

Abréviations

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AEEH : Allocation d'Education d'Enfant Handicapé

ALD : Affection Longue Durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sanitaire

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

BPCO : Bronchopathie Pulmonaire Chronique Obstructive

CA : Communauté d'Agglomération

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CAMPS : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CC : Communauté de Commune

CH : Centre Hospitalier

CHAG : Centre Hospitalier Avranches-Granville

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Social

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMS : Centre Municipal de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPPA : Equipe Mobile de Psychiatrie à la Personne Âgée

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ETP : Etablissement Travailleur Protégé

FAOS : Formulaire d'Analyse et d'Orientation des Situations

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GQBN : Groupe Qualité Bas-Normand

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

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

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MLM : Mon Logiciel Médical

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle

PPA : Plan Personnalisé d'Appui

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PRADO : Programme d'accompagnement au Retour A Domicile après hospitalisation

PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

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

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNAC : Services Numériques d'Appui à la Coordination

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TSBN : TéléSanté Basse-Normandie

TSN : Territoire de Soins Numériques

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UMOEG : Unité Mobile d'Orientation et d'Evaluation Gériatrique

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

USLD : Unité de Séjour de Longue Durée

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Tableaux et figures

Figure 1 : Pyramide de Kaiser 4
Figure 2 : Carte des PTA Normands (ARS Normandie 07/2017) 9
Figure 3 : Parc Privé Potentiellement Indigne sur la Région Normandie (DREALN 04/2016) 11
Figure 4 : Offre de soin de premier recours en Normandie Occidentale (ARS 03/2016) 13
Figure 5 : Densité des médecins généralistes dans le département de la Manche (CNOM 01/2016) 14
Figure 6 : Territoires de démocratie sanitaire de Normandie (ARS Normandie (08/2016) 27
Figure 7 : Bassins de vie du Sud-Manche 28

Tableau 1 : Indicateur général : genre 46
Tableau 2 : Indicateur général : âge 47
Tableau 3 : Indicateur général : mode de vie 48
Tableau 4 : Indicateurs généraux : aides humaines, matérielles et financières 49
Tableau 5 : Indicateurs généraux : pathologie chronique et polypathologie 50
Tableau 6 : Indicateur général : motif d'inclusion principal 51
Tableau 7 : Indicateurs des problématiques : environnement social et familial 53
Tableau 8 : Indicateurs des problématiques : autonomie 54
Tableau 9 : Indicateurs des problématiques : médical 55
Tableau 10 : Indicateurs des solutions : environnement social et familial 56
Tableau 11 : Indicateurs des solutions : autonomie 57
Tableau 12 : Indicateurs des solutions : médical 59

Sommaire

Partie I : Généralités 1
1. Généralités sur la PTA 1
1.1. Historique et cadre légal 1
1.2. Missions de la PTA et définition des situations complexes 2
1.2.1. Missions de la PTA 2
1.2.2. Définition des situations complexes 3
1.3. Modalités de fonctionnement et organisation de la PTA 4
1.3.1. Choix du territoire et recensement des acteurs 4
1.3.2. Identification des besoins du territoire 5
1.3.3. Opérateur et composantes 5
1.3.4. Modalités de constitution de la PTA 6
1.3.5. Ressources humaines 7
1.3.6. Outils numériques 7
2. PTA du Sud Manche 9
2.1. Démographie du Sud-Manche 9
2.1.1. Le territoire et ses limites 9
2.1.2. La demande, démographie de la population 10
2.1.2.1. Généralités 10
2.1.2.2. Population âgée 11
2.1.2.3. Personnes handicapées 12
2.1.2.4. Affection Longue Durée 12
2.1.2.5. Hospitalisations et urgences 12
2.1.3 L'offre de soins, démographie médicale 13
2.1.3.1. Médecins généralistes et PSLA 14
2.1.3.2. Médecins spécialistes 15
2.1.3.3. Autres professionnels de santé 15
2.1.3.4. Etablissements de santé : hôpitaux, clinique, SSR 16
2.1.3.5. Structures sanitaires, sociales et médico-sociales 17
2.2. Spécificités de la PTA du Sud-Manche 19
2.2.1. Historique 19
2.2.2. Opérateur et composantes 20
2.2.3. Rôles et missions 21
2.2.4. Outils mis en place 22
Partie II : Problématiques de mise en place d'une PTA 25
1. Matériel et méthode 25
1.1. Question de recherche 25
2. Réponse à l'appel à projet 25
2.1. L'appel à projet 25
2.2. Constitution d'une équipe pluridisciplinaire 26
2.3. Choix du territoire 27
2.4. Choix des composantes et des partenaires 28
2.4.1. Le GHT Mont Saint Michel 29

2.4.2. L'équipe MAIA du Sud-Manche 29
2.5. Budget prévisionnel et frein financier 30
2.6. Définition du rôle de chacun 30
3. Mise en fonction de la PTA 31
3.1. Notion nouvelle et communication 31
3.2. Articulation avec le médecin généraliste 32
3.3. Les outils 32
3.3.1. Le répertoire 33
3.3.2. Consentement du patient, directives anticipées, personne de confiance 33
3.3.3. Document d'inclusion du patient 34
3.3.4. Plan personnalisé de soins et plan personnalisé d'appui 34
3.3.5. Outils numériques 34
3.3.6. Autres outils 35
3.4. La gestion d'une équipe 35
3.5. Lenteur administrative 36
3.6. Législation, droit du patient et secret médical 37
3.7. Inclusion du patient, suivi du dossier 39
3.8. Sortie du patient et fin de prise en charge 39
3.9. Appui aux professionnels de santé 40
4. Discussion 40
Partie III : Etude observationnelle des cas complexes pris en charge par la PTA du Sud-Manche 42
1. Matériel et méthode 42
1.1. Question de recherche 42
1.2. Type d'étude 42
1.3. Méthodologie 42
1.3.1. Population et durée d'inclusion 42
1.3.2. Outils utilisés 43
1.3.3. Indicateurs généraux 44
1.3.4. Indicateurs des problématiques 45
1.3.5. Indicateurs des solutions 46
2. Résultats 46
2.1. Caractéristiques de la population 46
2.2. Antécédents, pathologie principale et motif d'inclusion 49
2.3. Problématiques 52
2.4. Solutions 56
2.5. Durée d'inclusion 59
3. Discussion 60
3.1. Méthodologie 60
3.2. Résultats 60
3.3. Biais 61
3.4. Axes d'évolution 62
Partie IV : Conclusion 63
Bibliographie 64
Annexes 66

PARTIE I : Généralités

1. Généralités sur la PTA :

1.1 Historique et cadre légal :

Le médecin généraliste et les équipes de soins primaires (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, …) sont au centre de l'organisation et de la coordination du parcours de santé du patient. Dans une grande majorité de ces situations médicales ou médico-sociales, ces professionnels sont en mesure d'assurer ce rôle de coordination, notamment lorsqu'ils exercent déjà de manière coordonnée (maison de santé par exemple) et/ou disposent d'outils de partage d'information adaptés.

Néanmoins, dans certaines situations que nous définirons plus loin comme étant complexes, les équipes de soins primaires peuvent être amenées à faire appel à des intervenants extérieurs issus des champs sanitaire, social ou médico-social. Ces intervenants ont principalement pour rôle d'évaluer les situations, de mobiliser les ressources nécessaires afin de permettre le maintien à domicile du patient, d'anticiper les hospitalisations ou d'organiser les sorties dans les meilleures conditions.

De part l'allongement de l'espérance de vie, l'amélioration de la qualité des soins, la chronicisation des maladies et le souhait des patients de continuer à vivre chez eux, le rôle du médecin généraliste et des équipes de soins primaires s'est considérablement complexifié et intensifié. Cette évolution des pratiques et des problématiques de santé nécessite un renforcement de la coordination des soins.

Pour répondre à ces nouveaux défis, le programme TSN (Territoire de Soins Numériques) a été développé dans le cadre du PIA (Projet d'Investissement d'Avenir) sur la période 2014-2017 avec un budget de 80 millions d'euros, financé par le CGI (Commissariat Général à l'Investissement) et la CDC (Caisse des Dépôts et Consignations). Ce programme a pour principal objectif de faire émerger dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients avec l'aide de services intégrés (systèmes d'information innovants, collaboratifs et évolutifs) utilisés par les professionnels de santé afin d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge du patient dans toute sa globalité et sa complexité. Des objectifs concernant la promotion de la santé, la prévention, l'éducation thérapeutique ou le dépistage sont également intégrés au programme.

Les projets TSN ont été sélectionnés en réponse à un appel à projet piloté par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) et publié le 3 Décembre 2013. Cet appel à projet s'est inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé qui préconise l'évolution du rôle et des missions des réseaux de santé vers l'appui aux équipes pluri-professionnelles de proximité. A la suite de cet appel à projet, cinq lauréats, chacun porté par une ARS, ont été retenus en Mai 2014 :

- Nouvelle-Aquitaine : programme XL-ENS.
- Bourgogne-Franche-Comté : programme eTICSS.
- Ile-de-France : programme Terr-esanté.
- Océan Indien et Mayotte : programme OIIS.
- Auvergne-Rhône-Alpes : programme PASCALINE.

La loi de modernisation de notre système de santé, et notamment l'article 74 de la loi n°2016-47 du 26 Janvier 2016, a permis de définir « des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes ». Ces fonctions d'appui s'adressent à tous les patients sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap, et sont organisées sous forme de PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) dans le cadre d'une

convention entre l'ARS (Agence Régionale de Santé) et un ou plusieurs acteurs du système de santé. L'enjeu de la PTA, défini dans la loi, est de contribuer à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. La PTA a également comme rôle l'amélioration de l'articulation entre les dispositifs de coordination existants (CLIC, MAIA, …). Ce dispositif s'inscrit dans la continuité du projet TSN et permet de bénéficier de l'expérience, des outils et des innovations déjà mis en place dans les différents territoires pilotes. En ce qui concerne l'organisation et les missions de la PTA, celles-ci sont décrites dans le décret n°2016-919 du 4 Juillet 2016 et seront développées dans un prochain chapitre.

Depuis son développement en 2016 sur le plan national, les projets PTA ne cessent de voir le jour, avec des modes de développement et sur des territoires aussi variés que possible. On recense à l'heure actuelle au niveau national (données DGOS au 31/12/2017) :

- 34 PTA en fonctionnement et 68 PTA en projet.
- 50 % sont à l'initiative de l'ARS, 25 % à l'initiative des professionnels de santé libéraux, 25 % à l'initiative de dispositifs de coordination déjà existants.
- 94 % ont une gouvernance qui associe des médecins libéraux.
- 2/3 ont une organisation en un site centralisé, 1/3 avec des antennes de proximité.
- 59 % sont infra-départementales.
- 31 % couvrent un territoire de moins de 200 000 habitants, 37 % entre 200 000 et 400 000 habitants, 23 % entre 400 000 et 600 000 habitants, 3 % entre 600 000 et 800 000 habitants, 6 % de plus de 800 000 habitants.

1.2 Missions de la PTA et définition des situations complexes :

1.2.1 Missions de la PTA :

Le décret n°2016-919 du 4 Juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes précise les 3 missions principales imparties à la PTA :

- **Mission 1 : Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.**

Cette première mission bénéficie à toute la population et à tous les professionnels de santé, quelque soient leur situation ou leurs besoins, sans critère de complexité. Elle consiste essentiellement à orienter les différentes demandes vers les ressources du territoire les plus adaptées en s'appuyant notamment sur un répertoire opérationnel des ressources.

- **Mission 2 : Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.**

Cette seconde mission constitue le coeur de métier de la PTA, et consiste à apporter une aide aux professionnels de santé dans la coordination des interventions autour du patient, en s'appuyant notamment sur des outils de structuration du parcours (grille d'évaluation de situation, plan personnalisé d'appui, ...) et sur un système d'information partagé. La demande de recours à la PTA doit s'effectuer via le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plateforme, le médecin traitant doit systématiquement être contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la PTA, afin de valider le déclenchement. Les différentes étapes de suivi du patient doivent également être validées par le médecin traitant. A noter que le patient doit être informé du recours à la PTA conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition.

Cette mission bénéficie uniquement aux patients en situation complexe, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap. Elle se décline en 4 missions opérationnelles :

- Evaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations. Cette évaluation peut être réalisée par la PTA elle-même, ou plus logiquement par les différents partenaires ayant une mission de repérage et d'évaluation (équipes APA, MAIA, …).
- Appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle.
- Planification de la prise en charge, suivi et programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile. Cette mission comprend l'élaboration de protocoles permettant d'anticiper et de préparer les hospitalisations, la transmission au service concerné d'informations relatives à l'état de santé et à la situation sociale du patient, l'organisation du retour à domicile ainsi que l'élaboration de directives anticipées.
- Appui à la coordination des interventions autour du patient. Cela consiste à organiser, planifier et coordonner les interventions autour du patient, mais également au suivi, à la ré-évaluation et à l'adaptation du PPA (Plan Personnalisé d'Appui). La PTA a également un rôle dans l'activation des aides sociales et médico-sociales, dans la mobilisation d'une expertise spécifique (gériatre, psychiatre, équipe de soins palliatifs, …), d'une éducation thérapeutique ou d'un gestionnaire de cas.

- Mission 3 : Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette dernière mission vise la coordination de tous les intervenants professionnels du territoire, au-delà des situations individuelles, ainsi que l'amélioration continue des pratiques. Cela est notamment possible grâce à :

- L'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels, d'outils pour le repérage, l'évaluation, l'orientation et le suivi des situations complexes.
- L'appui aux professionnels de santé pour élaborer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique en ambulatoire.
- Le repérage de points de rupture dans le parcours du patient et des besoins non couverts sur le territoire.

1.2.2 Définition des situations complexes :

L'article 74 de la loi n°2016-47 du 26 Janvier 2016 définit un parcours de santé comme 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 ».

Malgré cette définition, la notion de complexité dépend également du ressenti du professionnel de santé par rapport à son vécu, son expérience dans une prise en charge ou une situation donnée. Une situation complexe est une situation ressentie et vécue comme telle, entrainant une difficulté dans la gestion du parcours de santé. Ce ressenti de la complexité varie d'un professionnel à l'autre selon l'expérience de cas similaires, la qualité du réseau professionnel, le mode d'exercice, …

Le modèle théorique de la pyramide de Kaiser permet d'objectiver la complexité selon le profil de risque du patient afin de proposer une réponse adaptée à la situation. Les différents niveaux de complexité sont les suivants :

- Niveau 0, population en bonne santé : programmes de prévention et de promotion de la santé qui visent à couvrir les facteurs de risque qui exposent la population aux principales maladies chroniques.

- Niveau 1, malades chroniques à faible risque (70 à 80 % de la population) : soutien au « self care » pour les patients à risque naissant, qui reçoivent notamment un appui à l'autogestion de leur maladie.
- Niveau 2, malades chroniques à haut risque (15 % de la population) : programmes de « disease management ».
- Niveau 3, malades chroniques à forte complexité (notamment du fait de pathologies multiples) et haut risque (5 % de la population) : logique de « case management » (gestion intégrale de leur état de santé) nécessitant une coordination des soins de forte intensité et l'intervention d'un gestionnaire de cas complexes.

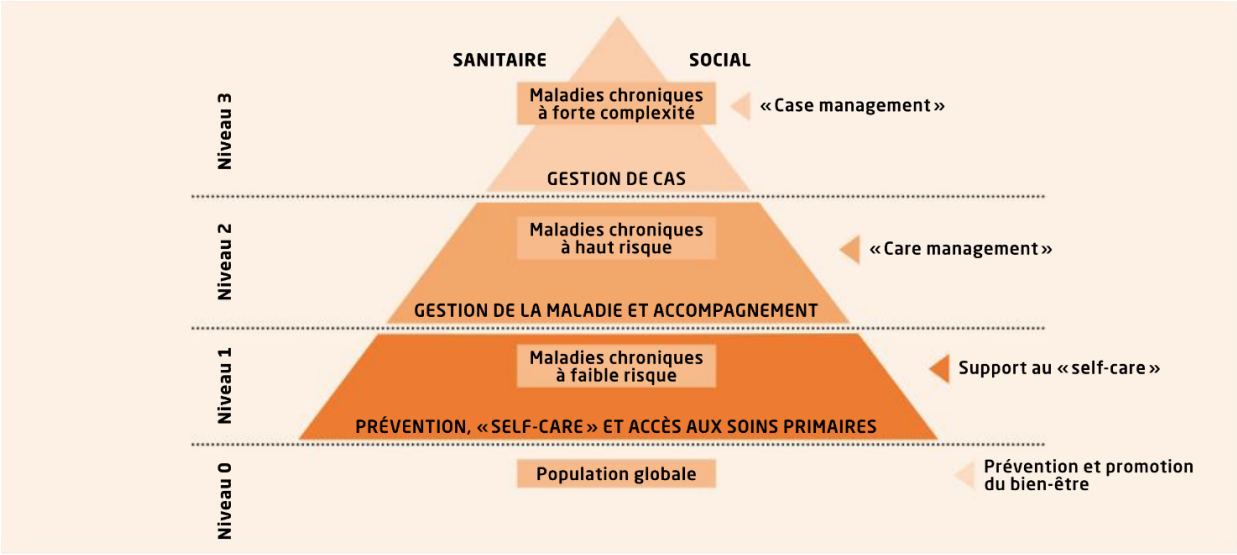


Figure 1 : Pyramide de Kaiser

1.3 Modalités de fonctionnement et organisation de la PTA :

1.3.1 Choix du territoire et recensement des acteurs :

La PTA est un dispositif territorial d'appui à la coordination qui doit s'intégrer dans son environnement. Elle doit permettre la mise en synergie des structures, des dispositifs, et plus globalement de tous les acteurs de la coordination sur le territoire, qu'ils soient du premier ou second recours, qu'ils interviennent dans le domaine sanitaire, médico-social ou social. La PTA ne doit pas se superposer aux structures existantes mais permettre leur articulation de manière transversale.

C'est pour cela que la première étape nécessaire à la constitution d'une PTA est de définir de manière précise un territoire d'action. Ce choix de territoire peut être dicté par plusieurs éléments :

- La maturité des acteurs du territoire en terme de coordination (certains ayant déjà mis en place des initiatives pour instaurer une dynamique de coopération).
- Le profil de la population prise en charge : âge, pathologies chroniques, …
- L'environnement territorial (urbain, rural, industriel, insulaire) et la répartition des différents acteurs sur ce territoire.
- Le développement des outils numériques : DMP (Dossier Médical Partagé), MSS (Messagerie Sécurisée de Santé), …

Il est également nécessaire de disposer d'une connaissance exhaustive de l'ensemble des acteurs du territoire impliqués dans la coordination.

Ceux-ci peuvent être répartis en quatre catégories :

- Acteurs de soins : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers libéraux, HAD (Hospitalisation A Domicile), SSR (Soins de Suite et Réadaptation), centres hospitaliers, cliniques, centres de santé, laboratoires de biologie médicale, pharmacies, secteurs psychiatriques, …
- Acteurs de l'accompagnement dans la vie quotidienne et médico-social : CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), aides à domicile, SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), …
- Acteurs de l'hébergement : EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), appartements thérapeutiques, …
- Acteurs de l'accès aux droits et de l'accompagnement social : mutuelles, CAF (Caisse d'Allocation Familiale), APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie), …

1.3.2 Identification des besoins du territoire :

Une fois le territoire défini, il convient d'identifier les besoins réels en matière d'appui à la coordination en lien avec les professionnels de santé. Ces besoins sont généralement connus des acteurs du territoire de façon globale, mais leur définition plus précise permet d'apporter des réponses plus adaptées aux réalités en terme de coordination. Pour identifier ces besoins auprès des acteurs de terrain, deux démarches sont possibles :

- Objectiver les points de rupture dans la continuité des prises en charge.
- Recueillir le ressenti des professionnels du territoire.

En plus de préciser les différents besoins auprès des professionnels du territoire, cette phase a également pour intérêt de leur faire découvrir le fonctionnement et les missions de la PTA.

1.3.3 Opérateur et composantes :

L'organisation de la PTA repose sur l'articulation autour d'un opérateur chargé de la mise en place des missions définies précédemment, et de composantes, parties prenantes du dispositif d'appui à la coordination, qui participent à la mise en œuvre de ces missions.

La PTA est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce sont ces acteurs qui désignent l'opérateur en charge de la mise en œuvre des missions et assurent le suivi des actions. A défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'ARS peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de la PTA et, le cas échéant, désigner l'opérateur.

De par son rôle central, le choix de l'opérateur est une étape-clé du processus de construction d'une PTA. Cet opérateur peut être une entité ad hoc créée de novo, ou bien un acteur ou réseau du territoire déjà existant. Pour assurer au mieux son rôle, l'opérateur doit être constitué par une ou plusieurs structures dont les équipes sont déjà connues sur le territoire, ont une position effective de coordination ainsi qu'une expérience qui leur permettent de remplir au mieux leurs missions.

L'opérateur, lorsqu'il n'est pas en mesure de mettre en œuvre l'ensemble des missions de la PTA, peut confier une ou plusieurs de ces missions à une composante. Est qualifiée de composante de la PTA, l'acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social participant à la mise en œuvre de ces missions. Chaque composante contribue au fonctionnement de la plateforme par mise à disposition à but non lucratif ou contribution financière. Ainsi chaque composante doit être identifiée selon les besoins d'appui à la coordination et ses champs de compétences correspondant aux missions déléguées. Il peut ainsi être utile à l'opérateur d'établir une fiche d'identité pour chaque composante, contenant des informations sur son domaine

d'intervention et ses moyens d'actions : nature de la structure, financement, territoire d'action, missions, population visée, système d'information utilisé, …

Ce dispositif d'appui à la coordination des situations complexes, comprenant l'opérateur et ses composantes, n'est pas figé dans le temps. En effet, le statut de l'opérateur, le nombre de composantes et leurs missions peuvent évoluer au fur et à mesure de la montée en charge de la PTA et de la mise en évidence des besoins non couverts sur le territoire.

La PTA a vocation à mutualiser les compétences des différents acteurs de la coordination d'un territoire pour fluidifier les parcours de santé complexes. Il est donc indispensable que l'opérateur de la PTA s'articule avec chacune de ces composantes en déléguant de manière cohérente et sans redondance les missions. Ainsi, l'opérateur oriente vers les composantes compétentes et peut intervenir en appui à la coordination. Plusieurs bénéfices sont attendus de cette articulation entre opérateur et composantes :

- Un accès simplifié à des réponses en termes d'appui à la coordination de situations complexes, pour les professionnels de santé et les patients.
- Des outils adaptés et cohérents à l'échelle d'un territoire.
- Une meilleure connaissance des structures entre elles.
- Un système d'information commun ou des services numériques interfacés entre eux.

Afin de remplir au mieux son rôle pivot, l'opérateur doit être la seule porte d'entrée pour un patient, un aidant ou un professionnel de santé exprimant un besoin d'appui face à une difficulté. Cela est possible grâce à la mise en place d'un guichet unique et d'outils numériques dont les modalités seront développées ultérieurement. Néanmoins dans un souci d'intégration au territoire de santé, les professionnels de santé doivent pouvoir continuer à s'adresser directement à leurs correspondants habituels (qui peuvent être des composantes de la PTA), sans passer par l'opérateur, si la réponse apportée est suffisante.

1.3.4 Modalités de constitution de la PTA :

Le projet de la PTA, porté par les acteurs des secteurs sanitaire, sociaux et médico-sociaux, doit être adressé auprès de l'ARS par l'opérateur. Ce projet doit être composé par :

- Une déclaration de candidature comprenant une lettre d'engagement signée par tous les porteurs de projet du territoire, ainsi que l'identification de l'opérateur et des composantes participant à la mise en œuvre des missions de la PTA.
- Un diagnostic territorial basé sur des diagnostics existants.
- Le projet de la PTA-cible définissant : le territoire d'action, les services offerts, le rôle de l'opérateur, les modalités selon lesquelles l'opérateur rend compte de son action aux acteurs du système de santé concernés, le schéma cible d'organisation de la plateforme et les étapes de sa mise en place, la ou les composantes, les modalités d'élaboration d'un guichet intégré et le budget prévisionnel.

Après approbation du projet de la PTA par l'ARS, une convention est signée entre l'ARS, l'opérateur, et le cas échéant, les composantes de la plateforme. A défaut de convention entre l'ARS et les composantes, l'opérateur conventionne avec ces dernières. La convention signée avec l'ARS doit définir :

- Le projet de la plateforme.
- Le rôle de l'opérateur.
- Les engagements des signataires dont les financements alloués par l'ARS.
- Les missions que chaque composante met en œuvre.
- Les apports de chaque composante au fonctionnement de la plateforme.
- Les modalités de la démarche qualité permettant à la plateforme de remplir ses missions en adéquation avec son projet.

- Les modalités de remontées d'activités de l'opérateur vers l'ARS et les indicateurs d'activités que chaque composante est en charge de produire.

A noter également que conformément à l'article D. 6327-9 du décret n°2016-919 du 4 Juillet 2016, une évaluation annuelle des PTA est mise en place par l'ARS avec les acteurs du système de santé et les usagers. Cette évaluation est transmise au conseil territorial de santé.

1.3.5 Ressources humaines :

Pour mener à bien les missions de la PTA, l'opérateur doit constituer une équipe de coordination pluridisciplinaire. Selon le choix de création défini initialement pour l'opérateur, plusieurs approches de constitution de l'équipe peuvent être possibles :

- Recrutement des collaborateurs en simultané de la construction du dispositif afin d'ajuster l'organisation au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif dans une perspective de long terme.
- Mise en place d'un groupe constitué d'acteurs du territoire, dédié à la phase de construction et la mise en place de l'organisation préfiguratrice de la structure. Puis dans un deuxième temps, recrutement de l'équipe de coordination pluridisciplinaire.
- En cas de constitution de l'opérateur sur une base existante, il est possible de renforcer une structure ou bien d'en fusionner plusieurs afin de constituer cette équipe de coordination.

Quelque soit la démarche de constitution de l'équipe de coordination, les profils des différents collaborateurs doivent être pluridisciplinaires :

- Des coordonateurs d'appui, de profil paramédical ou travailleur social, qui sont en charge du suivi du parcours des patients, en lien avec les équipes de soins primaires.
- Un profil médical afin d'apporter une expertise médicale polyvalente aux coordonateurs d'appui, mais aussi de faciliter les échanges, la coordination et la mobilisation des acteurs médicaux exerçant en ambulatoire ou dans les établissements de santé.
- Un personnel administratif ayant pour rôle la coordination entre les acteurs du territoire, l'orientation des différentes demandes auprès de la plateforme ainsi que la gestion de projets.
- Un gestionnaire de cas qui assure la prise en charge et le suivi des situations les plus complexes.

Afin de parvenir à une équipe de coordination la plus polyvalente et efficace possible, plusieurs capacités et compétences doivent être recherchées chez les membres qui la constituent : capacité à évaluer une situation dans sa globalité, capacité d'adaptation, d'analyse et d'anticipation, forte aptitude à travailler en équipe, capacité d'écoute, bonne connaissance des organisations du système de santé, qualité d'organisation pour un travail méthodique, rapide et efficace.

1.3.6 Outils numériques :

La mise en place d'une PTA doit également s'accompagner du déploiement d'un système d'information unique partagé grâce au développement d'outils et de services numériques spécifiques. Ce système d'information doit être partagé par l'opérateur et chacune des composantes de la plateforme, et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information. Son déploiement peut être mis en œuvre dès le lancement de la PTA ou de façon progressive selon un calendrier déterminé dans la convention signée entre l'opérateur et l'ARS.

Ce système d'information unique doit :

- Favoriser la communication, l'échange et le partage d'informations entre les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Faciliter la coordination pour les situations les plus complexes.
- Permettre l'accès à l'information partagée et aux services à partir de l'outil du professionnel de santé, d'un portail web ou des différents outils de mobilité (smartphone, tablettes), dans un contexte sécurisé.
- Inclure des modules spécifiques adaptés à l'usage des composantes et des partenaires.
- Utiliser un identifiant unique pour les personnes prises en charge.

Ce système d'information unique doit s'articuler autour d'un ensemble de fonctions, d'outils et de services numériques spécifiques :

- Un portail permettant l'accès au système d'information pour les patients et les professionnels.
- Une fonction d'authentification, de gestion des habilitations et de sécurité afin de réguler l'accès aux fonctions du système de coordination et aux informations.
- Un service de gestion de l'identité du patient et d'identito-vigilance destiné à réduire les risques d'erreurs ou de confusion d'identités.
- Une fonction informatique permettant l'interopérabilité et la gestion d'évènements indésirables et d'alertes.
- Des services de partage et d'échange de données : le DMP permettant la conservation et le partage d'informations de santé, le DP (Dossier Pharmaceutique) qui permet d'historiser sur quelques mois les dispensations de produits de santé, la MSS permettant l'échange d'informations de santé entre professionnels dans des conditions fiables et sécurisées.
- Un annuaire des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, ainsi que des établissements sanitaires et médico-sociaux. Cet annuaire pourra servir de ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) pour l'équipe de coordination pluridisciplinaire.
- Des documents de nature médicale ou médico-sociale : une LDL (Lettre De Liaison), les CRH (Compte-Rendus d'Hospitalisations), un VSM (Volet de Synthèse Médicale), un DLU (Dossier de Liaison Urgences), les compte-rendus d'examens de biologie médicale, d'imagerie médicale et d'explorations fonctionnelles, les prescriptions médicales dématérialisées, le carnet de vaccination électronique, les documents décrivant la situation médico-sociale du patient (accès aux prestations, autonomie, dépendance, entourage, …).
- Des fonctions permettant d'effectuer les activités de repérage et d'évaluation de la complexité de la situation médico-sociale du patient : signalement par un professionnel de santé, questionnaires, échelles et scores permettant de déterminer le niveau de risque et de complexité du cas.
- Des services numériques destinés à effectuer des actions de prévention et de dépistage, de proposer une démarche d'éducation thérapeutique, de renforcement de l'observance ou de suivi à l'aide de dispositifs connectés.
- Des fonctions d'appui à la coordination : dossier de coordination, PPA (Plan Personnalisé d'Appui) comprenant les problématiques repérées, objectifs et actions mises en œuvre.
- Des outils d'orientation et de programmation dans la gestion du parcours de santé complexe : planification des différents examens complémentaires, des hospitalisations et des actions prévues par le PPA.
- Une fonction permettant l'accès aisé et rapide aux référentiels métiers et protocoles afin d'aider les professionnels dans une prise de décision.

Le déploiement du système d'information pouvant être mis en œuvre de manière progressive lors du lancement de la PTA, certains services restent indispensables au bon fonctionnement de la structure : les fonctions relatives à la sécurité, le ROR, les services de partage et d'échange de données sécurisés, des documents de nature médicale ou médico-sociale, le PPA ainsi que des outils de repérage, d'évaluation et de planification des situations complexes.

2. PTA du Sud-Manche :

2.1 Démographie du Sud-Manche :

2.1.1 Le territoire et ses limites :

La PTA du Sud-Manche s'inscrit dans un territoire composé de 3 communautés de communes ou d'agglomération. Ces 3 territoires ou EPCI (Etablissement Public de Coopération Intercommunale) comprennent :

- La CC (Communauté de Commune) de Villedieu Intercom.
- La CC de Granville Terre et Mer.
- La CA (Communauté d'Agglomération) du Mont-Saint-Michel Normandie. Celle-ci comprend un large bassin et inclus les CC de Avranches / Mont-Saint-Michel, Saint James, Mortanais, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Val de Sée.

Ce territoire s'étend sur un total de 156 communes pour une superficie totale de 2 131 km² (dont 1 550 km² pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie). Il est constitué de deux grands pôles urbains, Avranches et Granville, et apparaît plus rural sur le reste du territoire. Il est également intéressant de noter que le développement des réseaux de transports est malheureusement insuffisant sur une grande partie du territoire.

La délimitation du territoire d'action de la PTA a pu être défini grâce à la répartition des différents opérateurs que nous décrirons ultérieurement.

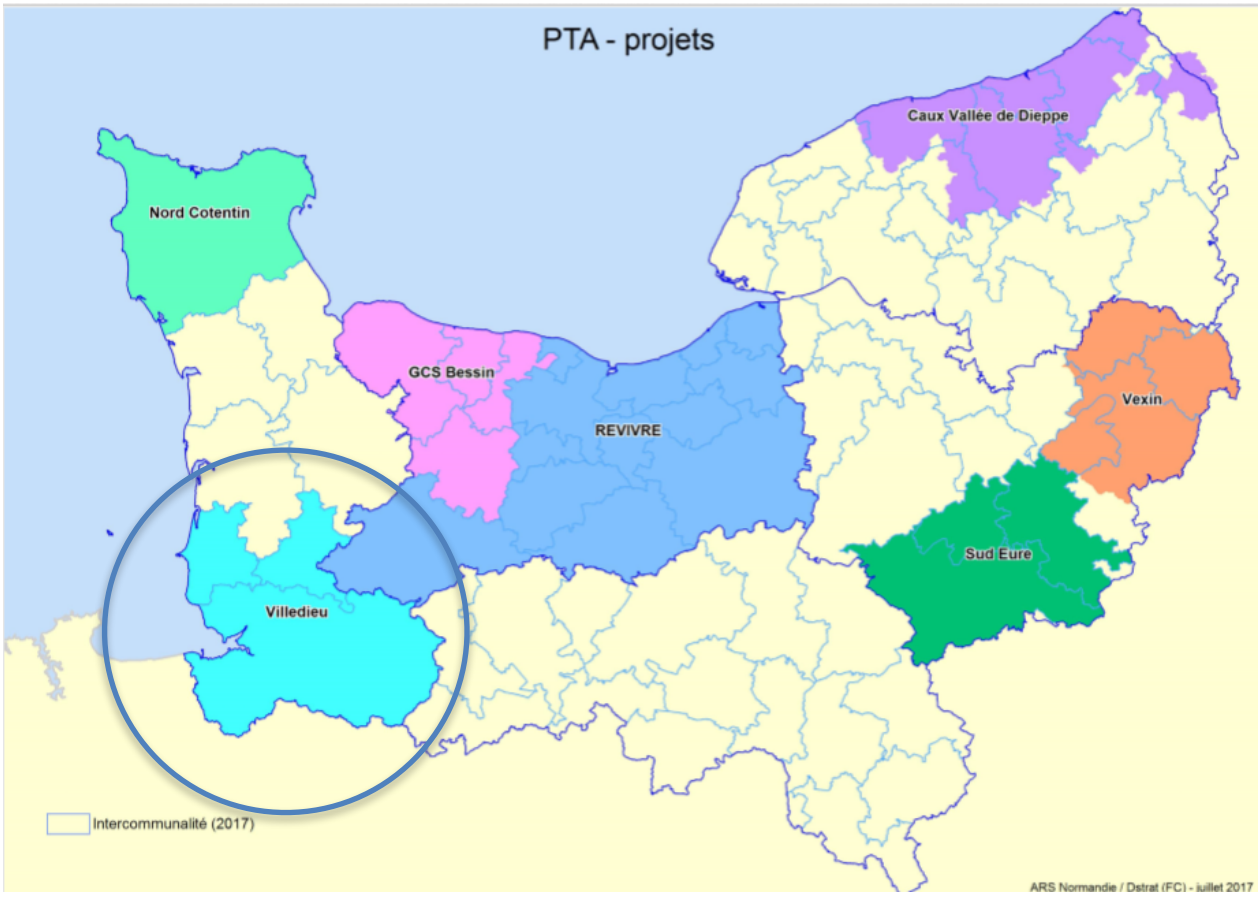


Figure 2 : Carte des PTA Normands

2.1.2 La demande, démographie de la population :

2.1.2.1 Généralités :

Le territoire du Sud-Manche comprend 148 627 habitants selon le recensement de l'INSEE de 2014 (146 006 en 1968 et 139 959 en 1999). Le taux d'évolution annuel de la population est de – 0,25 pour le Sud-Manche (+ 0,8 en France, + 0,53 pour la CC de Granville Terre et Mer), avec une croissance à l'Ouest liée à l'attractivité du littoral et une diminution de la population sur le reste du territoire.

La densité de population est donc de 89,6 habitants / km² pour le territoire du Sud-Manche (dont 153,3 habitants / km² pour la CC de Granville Terre et Mer, 57 habitants / km² pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, et 54 habitants / km² pour la CC de Villedieu Intercom). Pour comparaison, la moyenne nationale s'élève à 104 habitants / km².

Le taux de natalité dans le Sud-Manche (chiffres 2009-2014 de l'ARS) est de 9,5 pour 1 000 habitants (8,4 pour la CC de Granville Terre et Mer, 9,8 pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, 11,3 pour la CC de Villedieu Intercom) pour une moyenne nationale de 12,6 pour 1 000 habitants.

En ce qui concerne le taux de mortalité (chiffres 2007-2013 de l'ARS), celui-ci est de 8,6 pour 1 000 habitants pour le département de la Manche, contre 8,4 pour l'ensemble de la France. On peut également noter que le taux de mortalité prématuré pour les femmes et les hommes dans la Manche est supérieur à la moyenne nationale (données INSEE 2012-2014) : 133,1 pour 100 000 femmes contre 126,7 en France, et 293,3 pour 100 000 hommes contre 270 en France. Les principales causes de décès en excédant par rapport à la population générale en France sont : le suicide (en particulier sur la partie Est du territoire), les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies liées à la consommation de tabac et/ou d'alcool.

Si l'on s'intéresse maintenant à la répartition de la population par catégorie socio-professionnelle dans le département de la Manche (chiffres 2012 de l'ARS), on retrouve une part plus importante d'artisans et d'agriculteurs (5,6 % de la population contre 4,3 % en moyenne en France), ainsi que de retraités (33,7 % contre 26,5 % en France), alors qu'il y a moins de cadres, de professions intermédiaires (16,7 % contre 23 % en France), et de personnes sans activité (12,6 % contre 16,5 % en France).

Pour ce qui est du niveau de vie de la population, si l'on prend en compte la médiane de revenu déclaré par unité de consommation du ménage (données INSEE et Filosofi 2014), on retrouve une moyenne de 18 663 euros par an pour le Sud-Manche contre 20 328 euros pour le reste de la France. A noter qu'il existe des disparités entre les différentes communautés de commune du territoire, avec un revenu moyen plus important pour les deux communautés de communes qui comprennent les pôles urbains (20 070 euros par an pour la CC de Granville Terre et Mer, et 19 406 euros pour la CC de Avranches / Mont-Saint-Michel) alors que les zones plus rurales ont des revenus inférieurs (17 312 euros par an pour la CC du Val de Sée par exemple). Malgré cela, le taux de pauvreté n'est que de 12,5 % dans la Manche contre 14,7 % pour le reste de la France.

Concernant les aides sociales, les bénéficiaires du RSA sont en moyenne 37,8 pour 1 000 habitants dans la Manche contre 57,7 pour 1 000 habitants dans le reste de la France. Les bénéficiaires des allocations chômage sont en moyenne 7,4 pour 1 000 habitants en Normandie, valeur équivalente à la moyenne nationale. Pour ce qui est de la part des bénéficiaires de l'aide au logement, celle-ci est de 16,6 % dans la Manche, contre 19,4 % en France. Et enfin, la part de la population couverte par la CMUc est de 4,4 % dans la Manche contre 6,8 % pour le reste de la France. A noter également que le nombre de patients sans médecin traitant déclaré s'élève à 3,7 % dans le Sud-Manche.

Enfin en ce qui concerne les conditions de vie de la population, le rapport de la DREALN (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement Normandie) d'avril 2016 met en avant un taux important de PPPI (Parc Privé Potentiellement Indigne) dans la Manche

et notamment dans le Sud et le Centre Manche. On peut également remarquer que la CC de Villedieu Intercom ainsi que la CA du Mont-Saint-Michel Normandie sont toutes les deux classées en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale). Cette notion de ZRR a été crée en Février 1995 suite à la loi d'orientation pour l'aménagement du territoire. Pour être classé en ZRR, l'EPCI doit avoir une densité de population inférieure ou égale à la médiane des densités par EPCI ainsi qu'un revenu fiscal par unité de consommation médian inférieur ou égal à la médiane des revenus fiscaux médians. La définition de ces zones a pour but la mise en place de mesures fiscales et sociales au bénéfice des entreprises créatrices d'emplois afin d'aider au développement économique des territoires ruraux.

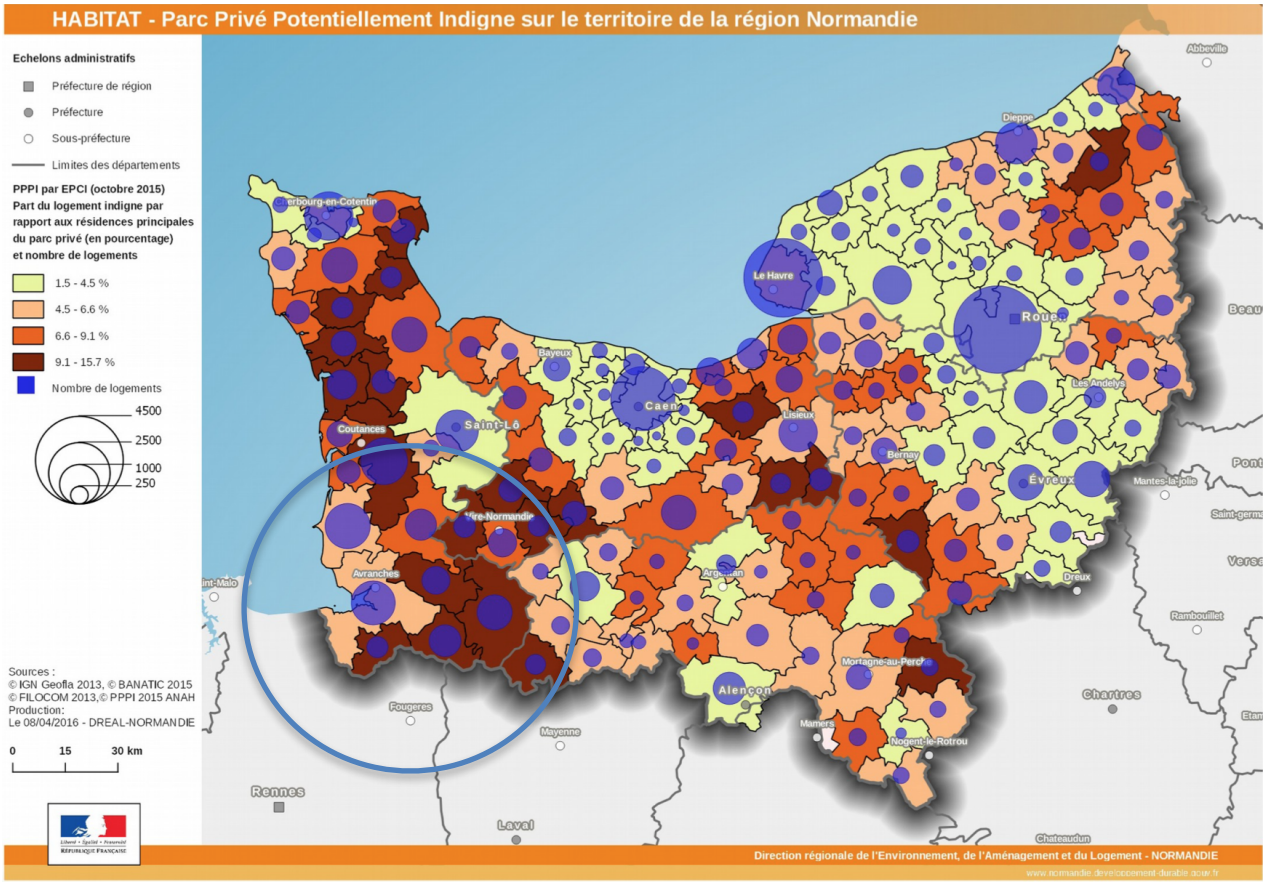


Figure 3 : Parc Privé Potentiellement Indigne sur la Région Normandie

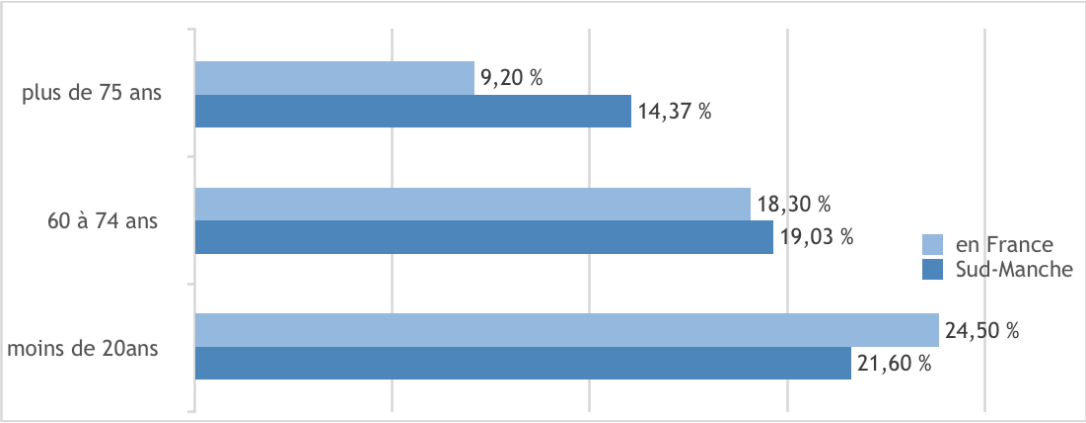
2.1.2.2 Population âgée :

Selon les données de l'INSEE de 2014, la proportion des moins de 20 ans dans le Sud-Manche représente 21,6 % de la population, alors qu'elle est de 24,5 % dans le reste de la France. Pour ce qui est des 60-74 ans, on retrouve une répartition de 19,03 % dans le Sud-Manche pour 18,3 % en France. Et enfin les plus de 75 ans représentent 14,37 % de la population du Sud-Manche alors qu'ils ne sont que 9,2 % en France.

Cette répartition de la population dans le Sud-Manche donne un indice de vieillissement (rapport des plus de 65 ans sur celui des moins de 20 ans) très supérieur à la moyenne nationale avec un taux de 120,4 contre 74,1 en France (et même 96,7 dans le département de la Manche).

On peut également noter que la part des plus de 75 ans vivants seuls au domicile est équivalente à la moyenne nationale avec un taux d'environ 42,5 %.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'APA, leur part est de 72,8 pour 1 000 habitants de plus de 60 ans dans la Manche contre 78,3 pour le reste de la France.



2.1.2.3 Personnes handicapées :

La part des bénéficiaires à l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) de 20 à 65 ans est de 27,6 pour 1 000 habitants dans le Sud-Manche (à noter une forte proportion pour la CC de Granville Terre et Mer avec un taux de 37,8) contre une moyenne nationale de 25,5 pour 1 000 habitants.

En 2016, la CC de Granville Terre et Mer comptait 876 bénéficiaires de l'AAH, 265 pour la CC de Villedieu Intercom et 1 748 pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie.

2.1.2.4 Affections Longue Durée :

En se basant sur les chiffres du régime général de 2017, on comptabilise au niveau du Sud-Manche une population de 107 007 bénéficiaires, soit environ 71 % de la population du Sud-Manche. Sur cette population, le taux de patient en ALD (Affection Longue Durée) est de 18,6 %, en légère augmentation par rapport aux chiffres de 2016 (18,2 %), contre 16,9 % au niveau national. Si l'on prend les personnes bénéficiant d'une ALD, on s'aperçoit que 61 % d'entre elles sont âgées de plus de 80 ans. En 2016, 18,2 % des consultations étaient en rapport avec une ALD.

2.1.2.5 Hospitalisations et urgences :

Le taux standardisé d'hospitalisations correspond au nombre de séjours hospitaliers en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) pour 1 000 personnes de la tranche d'âge concernée. C'est un indicateur de recours aux soins qui dépend notamment de l'accessibilité aux établissements hospitaliers, plus celui-ci est élevé plus le recours aux soins hospitaliers est facile. Dans la Manche, on retrouve un taux de 216,2 pour 1 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 238,3 pour 1 000 habitants.

Selon les données du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) Mont-Saint-Michel de 2015, on retrouve :

- Le CHAG (Centre Hospitalier Avranches-Granville) qui a réalisé 23 318 hospitalisations au cours de l'année, dont 12 004 chez des patients de plus de 60 ans (soit 51,5%), et 7 273 chez des patients de plus de 75 ans (soit 31,2%). La durée moyenne de séjour étant de 7,5 jours en médecine.
- Le CH de Pontorson qui comptabilise 36 788 journées de soins réalisées, en légère diminution depuis 2 ans.
- Le CH de Saint-Hilaire-du-Harcouët qui a réalisé 1 587 hospitalisations.
- Le CH de Saint-James qui a réalisé 277 hospitalisations.
- Le CH de Villedieu-les-Poêles qui a réalisé 150 hospitalisations.
- Le CH de Mortain qui a réalisé 146 hospitalisations.

Concernant les SSR au CHAG, le nombre d'hospitalisations s'élève à 828 sur l'année 2015, dont 800 concernant des patients de plus de 60 ans (soit 96,6%), et 713 concernant des patients de plus de 75 ans (soit 86%). La durée moyenne de séjour étant de 21 jours.

Selon le diagnostic territorial MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) du Sud-Manche de 2015, les différents modes d'entrée en hospitalisation des patients de plus de 75 ans sont répartis de la manière suivante : 74 % par les urgences proches du domicile, 8 % par mutation MCO du même établissement, 6 % par convocation de l'hôpital, 3 % à l'issu d'une consultation, 3 % par envoi d'un médecin extérieur, 3 % par envoi d'une structure d'hébergement médico-sociale, 2 % par transfert MCO d'un autre établissement, 1 % par transfert d'un autre service d'urgences.

Concernant les modes de sorties, la répartition se fait de la manière suivante : 63 % de retour à domicile, 11 % de placement en EHPAD, 10 % de mutation dans le SSR du même établissement, 7 % de mutation dans le SSR d'un autre établissement, 5 % de décès, 3 % de transfert MCO vers un autre hôpital, 1 % de transfert MCO dans un autre service.

Si l'on s'intéresse au nombre de passages aux urgences, celui-ci est en augmentation avec un total de 45 762 passages en 2015 si l'on comptabilise le CHAG (37 330 passages) et le CH de Saint-Hilaire-du-Harcouët (8 432 passages). Ce total n'était que de 42 902 passages en 2013 soit une augmentation de 6,7 % en deux ans.

En prenant les données du CHAG de 2015, on s'aperçoit que les plus de 75 ans comptabilisent 8 245 passages aux urgences (soit 22%), et 3 924 pour les plus de 80 ans (soit 10,5 %).

2.1.3 L'offre de soins, démographie médicale :

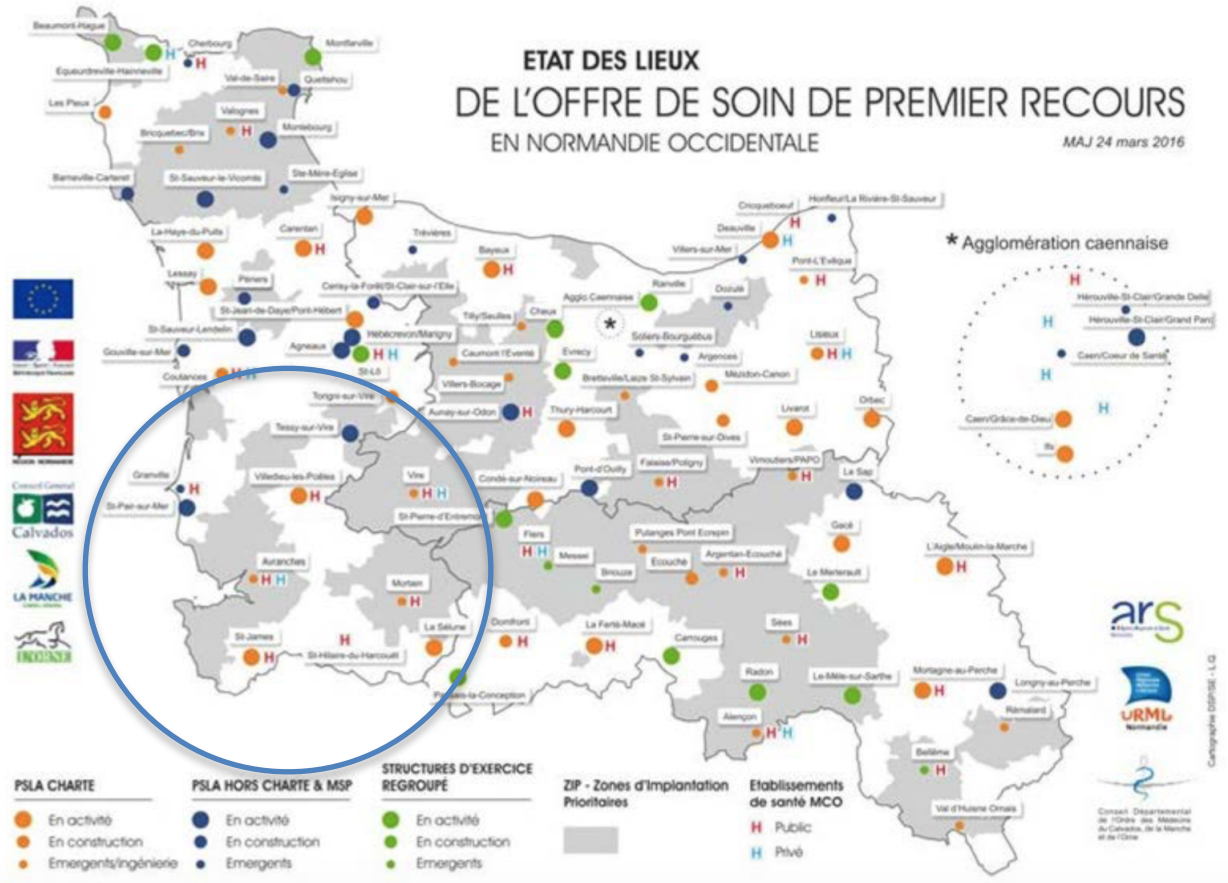


Figure 4 : Offre de soin de premier recours en Normandie Occidentale

2.1.3.1 Médecins généralistes et PSLA :

Le territoire du Sud-Manche compte, en 2017, 120 médecins généralistes, contre 112 en 2014. La densité de médecins généralistes y est de 75 pour 100 000 habitants, bien en dessous de la moyenne nationale qui s'élève à 158 pour 100 000 habitants (73 pour le département de la Manche). La moyenne d'âge des médecins généralistes dans le Sud-Manche est de 54,8 ans (53,5 pour le département de la Manche).

Si l'on regarde en détail les effectifs par CC ou CA, on retrouve les chiffres suivants :

- CC de Granville Terre et Mer : 45 médecins généralistes pour une densité de 93 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 53,6 ans.
- CC de Villedieu Intercom : 10 médecins généralistes pour une densité de 74 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 52 ans.
- CA du Mont-Saint-Michel Normandie : 64 médecins généralistes pour une densité de 65 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 55,3 ans.
    - CC de Avranches / Mont-Saint-Michel : 33 médecins généralistes pour une densité de 72 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 57 ans.
    - CC du Mortanais : 14 médecins généralistes pour une densité de 70 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 62 ans.
    - CC de Saint-Hilaire-du-Harcouët : 7 médecins généralistes pour une densité de 52 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 57 ans.
    - CC de Saint-James : 6 médecins généralistes pour une densité de 55 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 37 ans.
    - CC du Val de Sée : 4 médecins généralistes pour une densité de 52 pour 100 000 habitants, et une moyenne d'âge de 40 ans.

La part de médecins généralistes ayant plus de 55 ans est supérieure dans le Sud-Manche avec un taux de 49,6 % (dont 54,5 % pour la CC de Villedieu Intercom, et 58,6 % pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie), comparativement à la moyenne nationale qui est de 45,8 %.

En Normandie, entre 2007 et 2016, la population de médecins généralistes retraités inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins a augmenté de 9 % pour atteindre un seuil de 24 %. Des départs en retraite prochains sont susceptibles d'accentuer la pénurie médicale, en particulier dans les secteurs les plus ruraux de la région.

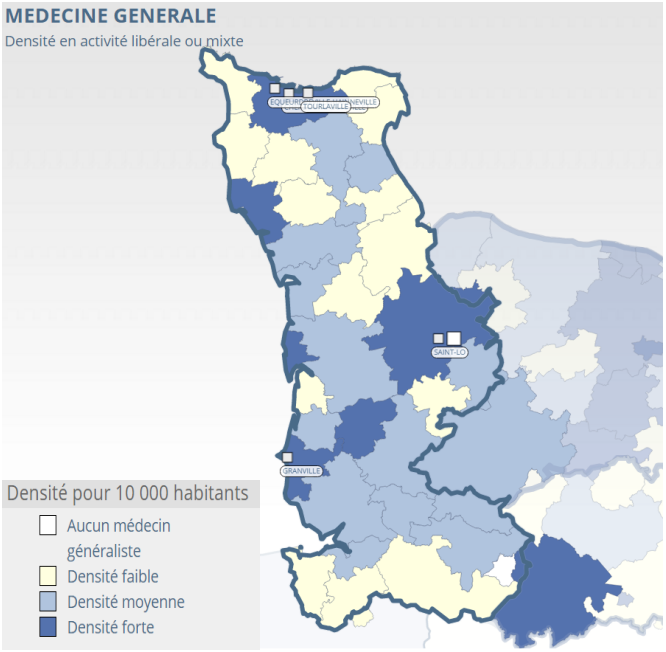


Figure 5 : Densité des médecins généralistes dans le département de la Manche

Si l'on prend en compte l'accessibilité potentielle locale aux médecins généralistes, qui représente le nombre de consultations par an et par habitant, la moyenne dans le Sud-Manche s'élève à 3,5 (4,2 pour la CC de Granville Terre et Mer, 3,2 pour la CC de Villedieu Intercom, 3,1 pour la CA du Mont-Saint-Michel Normandie), pour une moyenne nationale de 4,1 consultations par an et par habitant. L'activité moyenne par médecin généraliste est de 4 689 consultations par an en France, alors que celle-ci s'élève à 5 103 dans le département de la Manche.

Concernant les PSLA (Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires) et les MSP (Maisons de Santé Pluri-professionnelles), on en dénombre :

- 4 en activité : PSLA de Le Teilleuil / La Selune, MSP de Saint-Pair-Sur-Mer, PSLA de Saint-James, PSLA de Villedieu-les-Poêles.
- 3 en construction : PSLA de Granville, PSLA de Avranches / Sartilly, PSLA de Mortain / Sourdeval.
- 1 en projet : PSLA de Bréhal.

2.1.3.2 Médecins spécialistes :

D'après les données du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2017, le territoire du Sud-Manche compte 55 médecins de spécialité chirurgicale (contre 48 en 2014) avec une densité moyenne pour le département de la Manche de 22,8 pour 100 000 habitants (contre 23,6 en 2010), bien inférieure à la moyenne nationale qui est de 35,6 pour 100 000 habitants. Concernant les médecins de spécialité médicale, on en dénombre 178 dans le Sud-Manche (contre 157 en 2014) avec une densité moyenne pour le département de la Manche de 77,7 pour 100 000 habitants (contre 73,6 en 2010), également bien inférieure à la moyenne nationale qui est de 125,4 pour 100 000 habitants.

Ces médecins spécialistes sont principalement hospitaliers et officient dans les deux hôpitaux du CHAG, ainsi que dans la clinique privée d'Avranches. Pour ceux qui ont une activité libérale ou mixte, la grande majorité est installée dans les 2 grands pôles urbains. Une minorité de ces médecins spécialistes effectuent des consultations externes dans les PSLA ou les hôpitaux locaux de la région. Malgré cela, on retrouve une grande disparité de l'offre de soins spécialisée sur le territoire. Le déficit de médecins spécialistes concerne principalement les spécialités suivantes : cardiologues, endocrinologues, gynécologues, gériatres, neurologues, urgentistes, psychiatres, anesthésistes, radiologues et oncologues.

2.1.3.3 Autres professionnels de santé :

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, leur nombre reste constant depuis 2014 avec un total de 67 praticiens installés dans le Sud-Manche. Leur densité dans le département de la Manche, qui est de 37,4 pour 100 000 habitants, bien inférieure à la moyenne nationale de 63,2 pour 100 000 habitants, et en plus très inégalement répartie sur les différentes CC (40,5 pour Granville Terre et Mer, 30,5 pour Villedieu Intercom, 17,2 pour Saint-James, 19,4 pour Mortanais, 21,8 pour Val de Sée et enfin 24,7 pour Saint-Hilaire-du-Harcouët).

Pour ce qui est des pharmacies, le nombre d'officines présentes dans le Sud-Manche est de 46, en diminution depuis 2014 comme dans le reste de l'hexagone. Leur densité dans le département de la Manche reste aussi inférieure à la moyenne nationale avec un taux de 41,9 pour 100 000 habitants (contre 46,2).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont au nombre de 108 dans le Sud-Manche, en augmentation depuis 2014, comme dans le reste de la France. Malgré cela, leur densité au niveau du département reste inférieure à la moyenne nationale avec un taux de 98,4 pour 100 000 habitants (contre 130,2).

Quant aux IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), leur nombre est en augmentation, comme en France, depuis plusieurs années avec un total de 199 libéraux exerçants sur le territoire du Sud-

Manche. Leur densité dans le département de la Manche étant supérieure à la moyenne nationale avec un taux de 198 pour 100 000 habitants (contre 183,3).

Et enfin concernant les sages-femmes, on en dénombre 8 en activité libérale sur le territoire du Sud-Manche, en augmentation depuis plusieurs années. Leur densité dans le département de la Manche étant de 33,8 pour 100 000 habitants, supérieure au niveau nationale avec 30,5 pour 100 000 habitants.

2.1.3.4 Etablissements de santé : hôpitaux, clinique, SSR :

Le GHT Mont-Saint-Michel est un ensemble de 7 hôpitaux publics, répartis sur l'ensemble du territoire du Sud-Manche. Il comprend le CHAG réparti sur les deux grands pôles urbains du Sud-Manche, ainsi que 5 autres hôpitaux de taille plus ou moins importante : le CH de l'Estran-Pontorson, le CH de Saint-Hilaire-du-Harcouët, le CH de Mortain, le CH de Villedieu-les-Poêles et le CH de Saint-James.

Il a été officiellement crée le 8 Août 2012 par un arrêté de l'ARS Basse-Normandie. En se rassemblant au sein d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire), ces établissements souhaitaient s'engager dans des démarches de partenariats et de mutualisation de leurs moyens et de leurs compétences. Ils adoptent d'ailleurs depuis 2016 un service de direction commun.

Le GHT est en relation étroite avec le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Caen avec notamment la formation d'étudiants (internes et externes) sur le CHAG, l'utilisation de la télémédecine (télé-AVC), … Mais il cherche également a renforcer le lien entre les hôpitaux et les praticiens de ville grâce à l'utilisation du DMP depuis 2016, au développement des MSS, et à l'association aux services PRADO (Programme d'accompagnement au Retour A Domicile après hospitalisation) : maternité, insuffisance cardiaque, BPCO, chirurgie, personnes âgées.

Sa taille est comparable à la moyenne nationale et régionale (7,3 établissements en moyenne), pour un bassin de population bien inférieur (565 000 habitants en moyenne). Il comptabilise un total de 566 lits de MCO (dont 24 lits d'obstétrique), 402 lits de psychiatrie et 134 places en SSR. Ce GHT comprend :

- 3 services d'urgences répartis sur les sites d'Avranches, Granville et Saint-Hilaire-du-Harcouët.
- Un hôpital spécialisé dans la Santé Mentale, avec de nombreuses consultations externes, une EMPPA (Equipe Mobile Psychiatrique Personnes Agées) et une EMPE (Equipe Mobile Précarité Exclusion).
- Un centre d'insuffisants rénaux chroniques.
- Un service d'HAD qui prend en charge principalement la partie Ouest du territoire du Sud-Manche, le reste du territoire étant couvert par le service d'HAD dépendant du CH de Vire.
- Une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).
- 12 lits de soins palliatifs (5 sur le CH de Saint-James, 3 sur le CH de Mortain, 4 sur le CH de Villedieu-les-Poêles).

Le territoire du Sud-Manche dispose également d'une clinique privée, la Polyclinique de la Baie, située au niveau du pôle urbain d'Avranches. Celle-ci comprend 117 lits de MCO et 45 places de SSR. Elle assure un grand nombre de consultations externes grâce à ses 69 médecins. On y retrouve également : un service d'urgences de jour, un centre de cancérologie (avec des lits de soins palliatifs), un centre de chirurgie épaule-main, un centre d'ophtalmologie ou encore un centre d'éducation thérapeutique nutrition et prise en charge de l'obésité.

Enfin le dernier établissement de santé présent sur ce territoire du Sud-Manche est un EMPR (Etablissement privé de Médecine Physique, Rééducation et Réadaptation en milieu marin), le Normandy, situé au niveau du pôle urbain de Granville. Celui-ci est réparti sur 2 sites, et emploie plus de 500 professionnels dont 17 médecins. Il a une capacité de 280 lits d'hospitalisation à temps complet et 91 places d'hospitalisation de jour.

L'ensemble de ces établissements de santé permet d'avoir une capacité d'accueil de 1 083 lits d'hospitalisations ainsi que 550 places en SSR pour le territoire du Sud-Manche. L'offre de soins en SSR est supérieure à la moyenne nationale et peut s'expliquer par la présence de l'EMPR et par un indice de vieillissement important.

2.1.3.5 Structures sanitaires, sociales et médico-sociales :

Le territoire du Sud-Manche dispose de 2 services d'HAD qui découpent le territoire en deux zones. Une première comprenant la CC de Granville Terre et Mer et la partie Ouest de la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, couverte par le service d'HAD du CHAG. La seconde zone comprend la CC de Villedieu Intercom et la partie Est de la CA du Mont-Saint-Michel Normandie, couverte par le service d'HAD du CH de Vire.

Ces services disposent d'environ 60 places pour la prise en charge des patient, sans restriction d'âge : pansements, traitements IV, prise en charge de la douleur, nutrition entérale et parentérale, soins palliatifs, éducation de maladie chronique, …

On retrouve également 12 SSIAD répartis sur l'ensemble du territoire (3 à Granville, 2 à Avranches, 1 à Saint-James, 1 à Saint-Hilaire, 2 à Mortain, 1 au Val de Sée, 1 à Villedieu-les-Poêles et 1 à Percy) avec une capacité totale de 460 places. Malgré cela, les listes d'attente peuvent atteindre jusqu'à 30 patients par SSIAD.

Ces services, destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap, ont pour but de prévenir la perte d'autonomie, éviter les hospitalisations, faciliter le retour à domicile ou encore retarder une institutionnalisation.

L'équipe MAIA du Sud-Manche dispose d'une expertise dans la gestion de cas complexes chez la personne âgée. L'objectif de cette équipe étant d'améliorer la qualité de vie au domicile, de repérer et d'éviter les ruptures de parcours de soins, de coordonner les aides et les services. Cette expertise est très utile dans le cadre du développement de la PTA afin d'apporter toute l'expérience, la connaissance fine du territoire en matière médico-sociale et sociale, mais aussi la méthodologie et une base d'outils (grilles de repérage, formulaire d'évaluation, guichet intégré, système d'information, …) utiles à la gestion de cas complexes.

Les EHPAD sont au nombre de 27 dans le territoire du Sud-Manche pour un total de 2 246 places (données CPAM de 2017), répartis de manière homogène sur le territoire. Certains de ces établissements proposent des places d'accueil de jour (57 places réparties dans 8 EHPAD), des places d'accueil de nuit (21 places réparties dans 2 EHPAD), des places en hébergement temporaire (61 places réparties dans 5 EHPAD), des unités Alzheimer ou encore un service d'accueil de jour itinérant de 12 places géré par le GHT Mont-Saint-Michel.

Une grande partie des ces EHPAD, au nombre de 17, appartiennent au GCSMS (Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale) inter-établissement du Sud-Manche. Ce groupement vise l'amélioration du parcours de soins ville-hôpital, la mutualisation des compétences pour l'intervention des professionnels dans les EHPAD, l'amélioration de la qualité des prestations offertes ou encore la promotion des établissements sur le territoire du Sud-Manche.

Il est intéressant de noter que le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de plus de 75 ans est de 117,8 pour 1 000 habitants dans le département de la Manche, contre 121,7 pour 1 000 habitants au niveau national.

Les autres structures sociales et médico-sociales disponibles sur le territoire du Sud-Manche pour les adultes ou les personnes âgées sont :

- Les CMP (Centre Médico-Psychologique) situés sur Saint-Hilaire-du-Harcouët, Avranches, Granville et Pontorson.

- Une PASS située au CHAG afin de permettre l'accès aux soins pour les personnes sans couverte sociale, ou partielle.
- Les services PRADO pour le retour à domicile (maternité, insuffisance cardiaque, BPCO, chirurgie, personnes âgées).
- Les services d'éducation thérapeutique situés au CHAG et à la polyclinique.
- Les CCAS (Centre Communautaire d'Action Sociale) au nombre de 8 sur le territoire.
- Les CMS (Centre Médico-Social) au nombre de 4 sur le territoire.
- Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) situé à Avranches.
- Le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) situé à Avranches.
- L'EMPE située au CH de l'Estran-Pontorson.
- Les MSAP (Maison de Services Au Public) qui accompagnent les citoyens des zones rurales et péri-urbaines aux démarches de la vie quotidienne.
- Les USLD (Unité de Soins de Longue Durée) qui accueillent des personnes âgées non autonomes avec des problématiques de santé nécessitant un suivi médical, sont présentes au sein du CHAG pour une capacité de 120 places.
- Les CLIC, au nombre de deux sur le territoire, ont pour missions de recueillir les besoins de la population, agir pour la prévention de la perte d'autonomie, organiser des actions d'informations auprès des personnes dépendantes et de leurs aidants, coordonner et animer les secteurs d'action gérontologique.
- Une équipe mobile et de consultations douleurs, située au niveau du CHAG.
- L'UMOEG (Unité Mobile d'Orientation et d'Evaluation Gériatrique) qui permet d'effectuer des expertises gériatriques hospitalières au sein du CHAG.
- Les ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer), au nombre de 3 sur le territoire (La Haye-Pesnel, Saint-James et Vire).
- L'EMPPA située au CH de l'Estran-Pontorson.
- Les foyers logements et les résidences autonomie permettant aux personnes âgées autonomes de bénéficier de services collectifs (restauration, blanchisserie, animation, …), au nombre de 9 sur le territoire pour environ 400 places.
- Les résidences de services pour les personnes de plus de 60 ans, autonomes et indépendantes.
- L'accueil familial pour les personnes âgées ou handicapées, avec un total de 152 familles pour 231 places disponibles.
- Les services d'aide à la personne : ADMR, portage des repas, …

Concernant les personnes handicapées, on retrouve des structures sociales et médico-sociales spécifiques telles que :

- Le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), situé à Saint-James, qui accompagne les adultes déficients intellectuels vivants seul à domicile ou en hébergement.
- Les GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), situés à Granville et Avranches, pour les personnes handicapées psychiques.
- Les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), situés à Granville et Avranches, accueillent des adultes polyhandicapées qui nécessitent une aide pour les actes de la vie quotidienne, des soins et un suivi médical journaliers.
- Les MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), situées à Granville, Pontorson, Saint-James et Saint-Hilaire-du-Harcouët, accueillent des adultes qui nécessitent une aide pour les actes de la vie quotidienne, des soins réguliers et une surveillance médicale.
- Les foyers de vie et les foyers occupationnels, au nombre de 5 sur le territoire, sont des foyers d'hébergement pour les travailleurs handicapés à la journée ou à temps complet.
- Les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), au nombre de 4 sur le territoire, sont des structures de travail adaptées permettant une activité professionnelle dans des conditions aménagées, ainsi qu'un soutien social et éducatif.

- Le CRP (Centre de Rééducation Professionnelle), situé à Caen, propose des formations aux personnes handicapées.

Enfin, concernant les structures sociales et médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des enfants, on retrouve :

- Le CAMPS (Centre d'Action Médico-Social Précoce), situé à Avranches, qui dépiste et prend en charge les enfants handicapés de moins de 6 ans.
- Le CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique), situé à Avranches, s'occupe lui des problèmes neuro-psychologiques et des troubles du comportement.
- Les SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile), situés à Avranches, Granville et Mortain, gèrent les enfants et adolescents avec un handicap intellectuel, physique ou des troubles du comportement.
- Les SSAD (Service de Soins et d'Aide à Domicile) pour les enfants polyhandicapés.
- Les structures de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et d'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), au nombre de 4 sur le territoire du Sud-Manche.
- Les IME (Institut Médico-Educatif), situés à Avranches, Granville et Mortain, accueillent des enfants et des adolescents déficients intellectuels, quelque soit leur niveau de handicap.
- Les ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), situés à Granville et Mortain, accueillent des enfants et des adolescents ayant des troubles du comportement sans déficience intellectuelle.
- Les IEM (Institut d'Education Motrice) accueillent des enfants et des adolescents présentant un handicap physique.
- Le REPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), situé à Granville.
- Les centres d'accueil familiaux spécialisés ou encore l'établissement d'éducation spécialisé.

2.2 Spécificités de la PTA du Sud-Manche :

2.2.1 Historique :

Le 6 Avril 2017, l'ARS Normandie lance un appel à projet concernant le développement de Plateformes Territoriales d'Appui. Celles-ci devant être déployées, de préférence, par des équipes assurant déjà une mission de coordination sur leur territoire. Sous l'impulsion des praticiens du PSLA de Villedieu-les-Poêles, et en association avec le PSLA de Granville, le PSLA de Saint-James et le GHT Mont-Saint-Michel, un dossier de candidature est déposé auprès de l'ARS le 30 Mai 2017.

En Octobre 2017, le projet est validé par l'ARS permettant ainsi la mise en place d'un groupe de travail en charge du recrutement de l'équipe, de la désignation des coordonateurs et des référents, du choix des locaux, du financement et de la mise en place des conventions avec les différentes composantes.

Afin d'optimiser la mise en place de la PTA, un partenariat est passé avec la MAIA permettant de bénéficier de l'expérience de son équipe dans la gestion de cas complexes. Cela a également permis d'aider à la création des premiers outils et référentiels : fiche d'inclusion, directives anticipées, grille de repérage, ROR, nomenclature CIM-10 simplifiée, PPA, ... Ces différents outils seront validés par l'ensemble des intervenants de la PTA au début du mois de Décembre 2017.

Dès le 15 Décembre 2017, la PTA est officiellement lancée permettant d'inclure les premiers patients. Ces premiers dossiers seront intégrés dans le logiciel métier MLM afin d'anonymiser, de sécuriser et de pouvoir partager les données numérisées (identité, données médicales, fiche d'inclusion, formulaire d'analyse et d'orientation des situations, PPA) entre les différents acteurs de la PTA.

Concernant le développement des outils de communication, le partenariat avec la MAIA a permis la mise en place d'une page internet dédiée à la PTA du Sud-Manche avec des informations relatives à l'équipe et aux différentes missions. Celle-ci deviendra dans un second temps un site internet à part entière, avec la mise en place d'une ligne téléphonique et de coordonnées mail développés courant Février 2018. Une présentation avec distribution de documents d'informations sera réalisée auprès des professionnels du territoire durant le mois d'Avril 2018.

2.2.2 Opérateur et composantes :

L'opérateur de la PTA du Sud-Manche est constitué de 5 médecins, répartis au sein des PSLA de Villedieu-les-Poêles, PSLA de Granville et PSLA de Saint-James, ainsi que du GHT Mont-Saint-Michel décrit précédemment. A noter également que ces trois PSLA fonctionnent sous la forme juridique d'une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire), ce qui leur permet déjà d'exercer de manière pluri-professionnelle et coordonnée.

Ces médecins, acteurs ancrés dans le territoire du Sud-Manche, ont une bonne expérience dans la coordination des patients avec les acteurs médico-sociaux du secteur, le développement d'outils numériques (DMP, télémédecine), la formation universitaire (Maîtres de stage, dont un Maître de Conférence Universitaire), ou encore le travail médical et administratif au sein d'une équipe pluri-professionnelle hospitalière (astreintes médicales, instance CME, comité de lutte contre la douleur, comité de lutte contre les infections nosocomiales, …).

Le reste de l'équipe opérationnel de la PTA est constitué de 2 IDE rattachés sur l'EHPAD de Granville et le PSLA de Saint-James, ainsi que d'une assistante administrative partageant son temps de travail avec l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles où les locaux sont situés.

Le PSLA de Villedieu-les-Poêles, épicentre du projet, est constitué de 8 médecins généralistes dont 3 sont opérateurs de la PTA. Il propose une offre médicale multiple avec des compétences propres et reconnues de ses généralistes :

- Capacité de Gériatrie pour 2 praticiens.
- Capacité de Médecine du Sport, DESC de Médecine du Sport, DU de traumatologie et DU de mésothérapie pour 2 praticiens.
- Capacité Douleur, avec un staff de soins palliatifs hebdomadaire à l'hôpital local.
- DU de Diabétologie.
- Diplôme d'épuration extra-rénale (DUTER).
- DEA de droit privé et DESS de droit médical.
- Coordonateur d'EHPAD pour 3 praticiens sur 5 EHPAD.
- Fonctions médicales et administratives au sein de l'hôpital local.
- Formation continue avec notamment la participation aux GQBN.

Le PSLA est également composé de médecins spécialistes à temps plein ou partiel (Dermatologue, Angiologue, Ophtalmologue, Radiologues, …), ainsi que de dentistes et de nombreux para-médicaux (IDE, sage-femme, kinésithérapeutes, orthophonistes, podologue, orthoptiste). Cette pluralité professionnelle permet d'optimiser le parcours du patient.

On peut également noter que les praticiens du pôle travaillent déjà sur des thèmes variés : le réseau douleur et soins palliatifs en coopération avec les médecins intervenant en soins palliatifs (au niveau du CHAG et de l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles) ainsi que les IDE formées, le dépistage des troubles cognitifs, les plaies complexes avec l'utilisation du service de télémédecine Domoplaies, la surveillance des gammapathies monoclonales en collaboration avec le CHU de Caen. D'autres thématiques sont également en discussion : problématique de la retraite et de l'invalidité, la lombalgie et l'absentéisme professionnel, la réintégration de l'activité physique, le suivi des chimiothérapies orales, le dépistage et la prise en charge de la BPCO, ou encore le dépistage des troubles du développement et de l'adaptation chez l'enfant.

Le PSLA de Granville est constitué de 3 médecins, dont 1 médecin opérateur de la PTA. Celui-ci est également Maître de Conférence Universitaire et Directeur du Département de Médecine Générale au niveau de l'UFR de Médecine de la Faculté de Caen. Il possède également une capacité de gériatrie, de médecine du sport, un DU d'ostéopathie, et est médecin coordonateur d'EHPAD.

Le PSLA est également composé de 4 IDE. Cette équipe se regroupe régulièrement en réunion pluri-professionnelle afin de discuter de dossiers complexes médicaux et sociaux. Elle travaille également à l'élaboration de protocoles sur divers thèmes : dépistage de l'obésité infantile, polymédication et prévention des chutes chez la personne âgée.

A noter qu'un projet de MSPU (Maison de Santé Pluri-professionnelle Universitaire), en association avec le PSLA de Villedieu-les-Poêles, est actuellement en cours afin d'offrir une dynamique en terme de recherche universitaire sur le territoire du Sud-Manche.

Le PSLA de Saint-James est constitué de 6 médecins, dont 1 médecin opérateur de la PTA, mais aussi coordonateur d'EHPAD. Ces médecins sont impliqués dans la prise en charge des patients au niveau de l'hôpital local, et notamment dans l'accompagnement de fin de vie. Ils travaillent également de manière pluri-disciplinaire sur diverses thématiques : prévention des chutes, préservation du maintien à domicile, plaies complexes avec l'utilisation du service de télémédecine Domoplaies (une IDE du pôle disposant d'un DU plaies et cicatrisation).

Les différentes composantes conventionnées et intégrées à la PTA du Sud-Manche sont les suivantes :

- La MAIA du Sud-Manche.
- Le réseau d'EHPAD et notamment le GCSMS du Sud-Manche.
- La CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) du département de la Manche.
- Les réseaux de santé : le RRDBN (Réseau Régional Douleur en Basse-Normandie), le ROD (Réseau Obésité Diabète), le RSVA (Réseau de Services pour une Vie Autonome), le Réseau ONCO (Réseau Régional de Cancérologie), le Réseau TELAP (Télémédecine Appliqué aux Plaies).

Plusieurs partenaires apportent également leur soutien au développement de cette PTA : UFR de Médecine de Caen, les associations de patients, l'UC-IRSA (Institut inter-Régional pour la Santé), les professionnels libéraux du secteur, le SSIAD et le SSAD, les résidences autonomies, le CLIC, la CAF, le Conseil Départemental, la MDPH, l'IME, la Maison des Adolescents, le GCS Télésanté Basse-Normandie, la PMI, les municipalités, l'ARS, l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), …

2.2.3 Rôles et missions :

Lors du déploiement de la PTA, les rôles de l'opérateur ont été définis de la manière suivante :

- Mobilisation des différents acteurs du territoire.
- Création d'un ROR sur la base des données MAIA et développement des outils indispensables à la gestion de cas complexes.
- Recrutement des ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la PTA.
- Assurer la traçabilité des parcours et le lien ville / hôpital avec l'utilisation de différents outils (MSS, DMP, outil Intraqual).
- Désignation de correspondants pour l'ARS.
- Suivi des relevés de satisfaction des professionnels de santé utilisant la PTA.
- Plus spécifiquement, les PSLA vont avoir pour rôles :
    - Apport des ressources humaines médicales, des compétences sanitaires et de la connaissance du terrain.

    - Réalisation de concertations pluri-professionnelles, protocoles, évaluations multi-dimensionnelles et analyse des pratiques.
    - Evaluation, coordination, suivi et analyse des dossiers pris en charge par la PTA.
- En ce qui concerne le GHT, il aura pour rôles :
    - Gestion des fonds et versement des salaires.
    - Mise à disposition des différents services de ses établissements.
    - Mise à disposition d'un local sur l'hôpital de Villedieu-les-Poêles.

Si l'on s'intéresse désormais plus particulièrement aux missions des différents membres de l'équipe opérationnelle de la PTA, les IDE coordonateurs doivent :

- Informer et orienter les demandes des professionnels de santé vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales nécessaires.
- Organiser les parcours de soins complexes en étant l'interlocuteur privilégié auprès des médecins coordonateurs de la PTA et des médecins traitants, mais aussi en élaborant le PPA du patient, et en mettant en œuvre la coordination des différents acteurs intervenants autour du patient après évaluation multidimensionnelle des besoins et concertation avec l'équipe opérationnelle de la PTA.
- Participer à l'élaboration et au déploiement des différents outils.
- Promouvoir le développement de la PTA auprès des professionnels de santé et des partenaires.

Pour ce qui est du rôle de l'assistante administrative au sein de la plateforme, celle-ci a pour missions :

- Accueil téléphonique, information et orientation des demandes des professionnels de santé vers les IDE coordonateurs ou directement vers les ressources du territoire concernées.
- Appui à l'organisation des parcours de soins complexes en collectant les demandes de prise en charge, les données-patient auprès des professionnels de santé et en organisant les réunions de concertation de l'équipe opérationnelle de la PTA.
- Diffusion des questionnaires de satisfaction auprès des professionnels de santé faisant appel à la PTA.

Enfin les 5 médecins opérateurs de la PTA ont pour missions :

- Rôle d'expertise dans l'optimisation du parcours de soins en fonction de la situation médicale, mais aussi dans la création et l'optimisation des outils de coordination.
- Communication auprès des pairs et facilitation des échanges pour la coordination et la mobilisation des acteurs ambulatoires et hospitaliers.
- Organisation de réunions de concertation pluri-professionnelles et de groupes thématiques pour soutenir les pratiques et les initiatives en matière de sécurité de parcours, d'accès aux soins et de coordination (information, élaboration de protocoles, …).
- Appui technique aux équipes de premiers recours dans la gestion des parcours de soins complexes.
- Analyse des données médicales des patients inclus dans le cadre de la démarche qualité.

2.2.4 Outils mis en place

Sur la base des résultats du programme TSN développé sur la période 2014-2017, un volet du nouveau programme national, baptisé e-Parcours Territoires de Soins 2021, a pour objet d'accompagner à la mise en œuvre de SNAC (Services Numériques d'Appui à la Coordination). Un appel à projet a été lancé auprès des ARS le 15 Mars 2017 afin de déployer les SNAC au sein de leur région sur la période 2017-2021. Ces services sont destinés aux organisations sanitaires, médico-sociales et sociales exerçant une activité d'appui à la coordination.

Dans le cadre du développement des PTA, la mise en place de ces SNAC a pour objectif une harmonisation et un partage des outils tel que :

- Un site internet régional commun avec une page dédiée à chaque PTA.
- Un numéro de téléphone unique au plan national qui orienterait vers la plateforme concernée.
- Un logiciel de gestion des cas complexes commun ou intégré aux logiciels métiers, avec des outils standardisés (fiche d'inclusion, PPA, ROR, agenda, documents médicaux ou médico-sociaux, …).
- Des fonctions d'authentification (professionnels, usagers) et d'identito-vigilance sécurisés.
- Des outils de partage et d'échange de données communs (DMP, MSS).
- Un plan de communication commun (logo, identité visuel, plaquettes informatives, …).

Devant la complexité et les délais de mise en place de ces SNAC, la PTA du Sud-Manche a fait le choix de développer ses propres outils, en partenariat avec la MAIA du Sud-Manche, afin de prendre en charge les cas complexes de manière optimale dès son lancement. Ces outils sont les suivants :

- Une page internet dédiée à la PTA sur le site de la MAIA, qui deviendra à terme un site internet à part entière où l'on pourra retrouver des informations sur la PTA ainsi que les coordonnées téléphonique et mail.
- Un ROR basé sur l'annuaire de la MAIA et complété afin de permettre son utilisation devant tout type de cas sans distinction d'âge.
- Utilisation du logiciel métier MLM afin de centraliser et sécuriser les données patients. Grâce à des codes d'authentification, les membres de l'équipe opérationnel peuvent ainsi consulter, ajouter ou encore modifier les documents utiles à la prise en charge et au suivi d'un cas complexe.
- Utilisation de la messagerie sécurisée MSSanté, utile au transfert et à l'intégration des données du patient (laboratoire d'analyse, radiologie, compte-rendu spécialistes, échanges hospitaliers, …).
- Utilisation du DMP, utile au suivi des patients et favorisant le lien ville / hôpital. Il est intéressant de noter que le département de la Manche compte environ 9 800 DMP créés (chiffres de la CPAM au 31 Août 2018).
- Utilisation du portail ViaTrajectoire mis à disposition par l'État pour simplifier les dossiers d'inscription et les démarches d'admission dans un établissement ou un service médico-social (EHPAD, SSR, …).
- Utilisation du logiciel Intraqual, déjà mis en place au niveau du GHT Mont-Saint-Michel, afin d'assurer la traçabilité de la qualité et permettre un retour des évènements indésirables.
- Création des documents d'aide à la gestion de cas complexes : un FAOS (Formulaire d'Analyse et d'Orientation des Situations) basé sur celui de la MAIA, un dossier de liaison médical et d'urgence, une fiche de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance, un PPA, une cotation CIM-10 simplifiée afin de renseigner les antécédents du patient dans le logiciel métier MLM.

Malgré le développement de nombreux outils opérationnels au moment du lancement, la PTA du Sud-Manche se projette vers l'avenir en s'associant au GCS TéléSanté Basse-Normandie. Celui-ci développe et met en œuvre des projets et services de télésanté, tout en veillant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes. Trois plateformes sont actuellement en cours de développement pour les professionnels :

- Thérap-e pour la mise en place de la télémédecine.
- Pilot-e pour le stockage, l'analyse et la distribution de données de santé.
- Suiv-e pour le partage de données et la coordination pluriprofessionnelle autour du parcours du patient. Cette plateforme intègre notamment des référentiels (annuaires professionnels), des outils de gestion et de suivi des actions, un agenda, … Cette plateforme est en interopérabilité avec le DMP, la MSSanté, ViaTrajectoire ou encore l'outil

Coord-e. Ce dernier est un outil de partage et de communication pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé de tous les champs (PTA, MAIA, réseaux de santé, SSIAD, CLIC, PAERPA, …).

PARTIE II : Problématiques de mise en place d'une PTA

1. Matériel et méthode :

1.1 Question de recherche :

Quels sont les obstacles rencontrés par l'équipe opérationnelle lors du développement de la PTA du Sud-Manche, de sa conception à sa mise en œuvre ?

Cette étude résulte de l'inconnu et de la complexité qui existe autour des PTA. Les PTA sont au début de leur déploiement depuis 2016 suite à l'application de la loi santé autour de la coordination et des fonctions d'appui aux professionnels. Elles sont en cours d'expérimentation, et seul 34 PTA, à ce jour, sont en fonctionnement sur le territoire national. Le projet se développe, 64 sont en cours d'étude. Les obstacles rencontrés sont nombreux, le recul sur leur fonctionnement est insuffisant pour juger de leur efficacité. De plus, chacune des PTA est constituée d'un opérateur de nature différente, ce qui multiplie les problématiques et les solutions possibles.

Le but de cette étude est de lister les problématiques rencontrées par l'équipe de la PTA et de mettre en avant les solutions développées. D'autres PTA, en cours de constitution, pourront s'en inspirer et éviter les obstacles éventuels.

Cette étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs, des membres de l'équipe de la PTA du Sud-Manche et de certains partenaires. Les entretiens, téléphonique ou lors d'une rencontre sur rendez-vous, ont été effectués en Août 2018 et ont eu pour objet d'évoquer les problématiques rencontrées sur une période allant de Mai 2017, date de réponse à l'appel à projet, jusqu'à Août 2018. La participation à certaines réunions de mise en place de la plateforme a également permis d'apporter des éléments à cette étude.

Ce projet de thèse a été initié par notre directeur de thèse, à l'origine de la plateforme du Sud-Manche, à l'époque où nous étions tous deux en stage ambulatoire de niveau 2 SASPAS au sein du PSLA de Villedieu, dans le cadre de nos études de Médecine Générale.

2. Réponse à l'appel à projet :

2.1 L'appel à projet :

L'équipe doit être capable de rédiger un dossier de candidature en réponse à l'appel à projet. De plus, elle doit réussir à défendre l'élaboration de son projet et justifier de ses choix face à l'ARS et aux différents partenaires (comme l'URML), ainsi que démontrer son implication. Ce n'est pas évident et nécessite la maîtrise de compétences supplémentaires pour les médecins porteurs de la plateforme.

Il a fallu, par exemple, justifier du choix de l'alliance au GHT, qui s'occupera de la gestion de la PTA. C'est un organisme public alors que la PTA s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont l'un des piliers est l'organisation du parcours patient à partir des équipes de soins primaires. Cette association a aussi été justifiée par l'intérêt du renfort du lien ville / hôpital, et la facilitation de l'admission et de la sortie d'hôpital.

C'est un projet qui implique cinq médecins, une première au sein d'une PTA, le budget a dû être augmenté en conséquence. Il a fallu justifier la composition de cette équipe et mettre en avant son habitude de gestion de cas complexes, son implication au cœur du territoire, et sa faculté à faciliter la coordination autour du patient tout en respectant les lois le concernant. La maîtrise et la rédaction de l'appel à projet sont primordiales pour :

- Assurer les 3 missions de la PTA, inscrites dans l'article D. 6327-1 du Décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. [16]

- Mission 1 : « l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ».
- Mission 2 : « l'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient ».
- Mission 3 : « le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination ».

- Associer étroitement les professionnels de santé de ville.
- Se structurer à partir des dispositifs d'appui existants.
- Mettre en place une organisation territoriale.

Pour mettre en œuvre cette mission il a été nécessaire d'organiser un processus :

- Constitution d'une équipe.
- Choix du territoire d'action et établissement du diagnostic territorial.
- Etablissement d'un budget prévisionnel et gestion financière.
- Choix des composantes, des partenaires et définition des missions de chacun.
- Listage des services offerts.
- Formulation du rôle de l'opérateur et de chaque membre de l'équipe.
- Etablissement des modalités d'élaboration du guichet intégré.

En ce qui concerne le diagnostic territorial, pour l'identification des points de ruptures, la PTA s'est inspirée de celui récemment établi par la MAIA du Sud-Manche. [18]

2.2 Constitution d'une équipe pluridisciplinaire :

La PTA doit être en mesure de répondre à de nombreuses situations et à leurs différents degrés de complexité. De ce fait, l'équipe doit rassembler un ensemble de compétences qui permet de répondre à cette exigence de polyvalence.

Trois médecins du PSLA de Villedieu-les-Poêles décident de répondre à l'appel à projet de l'ARS en Mai 2017.

Ils choisissent de s'unir à 2 médecins des PSLA voisins (Saint James et Granville), et ainsi, couvrir l'ensemble du territoire. Ils peuvent partager leurs diverses expériences dans d'autres missions (enseignement à la faculté de Caen pour les étudiants en médecine générale, groupes qualités…). Ils sont tous les cinq associés dans une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires).

Ils ont, par conséquent, une bonne connaissance des organisations du système de santé et du territoire, et une aptitude au travail en équipe.

Ils décident d'inclure à cette équipe une assistante administrative et deux IDE pour la gestion des cas complexes :

- Une IDE libérale travaillant en étroite collaboration avec le PSLA de Saint James, où elle contribue à l'élaboration des plans de soins. Elle a l'habitude de la coordination autour du patient, une connaissance sanitaire et sociale de son environnement. Elle fait partie intégrante de l'équipe de soins primaires qui permet le maintien à domicile du patient, et est en étroite relation avec celui-ci pour détecter les situations complexes.
- Un IDE travaillant en équipe au sein d'une EPHAD faisant partie du GCSMS Normandie, qui est au cœur des difficultés liées à la personne âgée. Il a un rôle relationnel majeur envers les résidents et leurs familles ou proches. Il assure l'encadrement d'une équipe d'aides-soignants et forme des étudiants. Il rencontre également les médecins généralistes de la région lors de leurs visites en maison de retraite, ce qui lui permet une grande communication avec les professionnels.

2.3 Choix du territoire :

Pour le choix du territoire, il a fallu réussir à mettre en place une organisation territoriale à deux niveaux : une organisation et une stratégie à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire (la Normandie) et une organisation infra-départementale, des territoires de proximité (le Sud-Manche).

Le territoire de démocratie sanitaire correspond à l'échelle territoriale de référence pour la mutualisation des outils et des procédures des PTA de Normandie. Toutes les équipes de coordination de proximité de ce même territoire seront, à terme, coordonnées par une même instance de pilotage stratégique et utiliseront le même système d'information partagé (numéro de téléphone, outils d'évaluation et de coordination). Elles adopteront une stratégie de communication commune. Ces territoires de démocratie sanitaire ont été créés suite à l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé. [20]

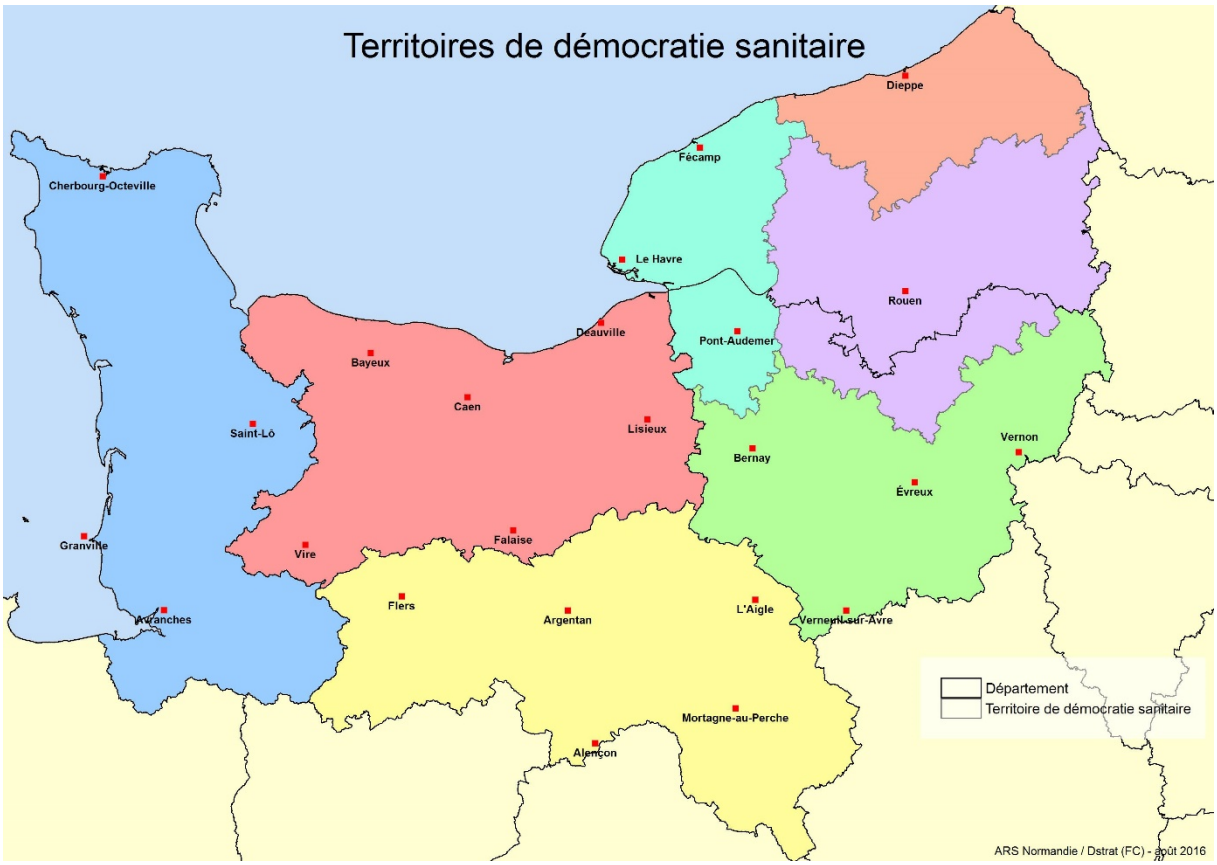


Figure 6 : Territoires de démocratie sanitaire de Normandie

Quant au territoire infra-départemental, il correspond au Sud-Manche, territoire de référence pour la structuration des équipes de coordination de proximité et la mise en œuvre de leurs missions. C'est à ce niveau que s'organise le pilotage opérationnel de la plateforme.

La PTA du Sud-Manche a choisi, en lien avec le GHT Mont-Saint-Michel, un vaste territoire, couvrant 3 communautés de communes et d'agglomérations, pour faciliter, d'une part, le lien ville / hôpital, et d'autre part, la coordination autour de l'hospitalisation et des SSR. Ceci, tout en tenant compte de la forte disparité entre l'Est et l'Ouest, et de la population âgée, comme décrit précédemment.

Les 3 PSLA couvrent la totalité de ce territoire, le Sud-Ouest par Saint James, le Nord-Ouest par Granville et le reste du territoire par les trois médecins du PSLA de Villedieu (incluant le territoire de Mortain et de Saint-Hilaire-du-Harcouët).

Il en ressort 2 grandes difficultés :

- C'est à l'Ouest du territoire que sont situés la plupart des structures de proximité, les professionnels de santé ainsi que les opérateurs de la PTA, d'où une excellente connaissance de ce territoire et de ses acteurs. Les PSLA sont, par définition, pluridisciplinaires et les médecins qui y travaillent sont bien impliqués dans leurs environnements respectifs (EHPAD, hôpital local appartenant au GHT, réseaux de soins…), et auprès des professionnels de santé libéraux (groupe qualité bas normands…). Malgré cela, de nombreuses structures sont à répertorier et le rôle de chacune est à identifier afin de permettre une meilleure orientation et coordination des patients. Ces structures doivent être articulées entre elles pour un bon maillage et un travail en réseau.
- L'opérateur a une moindre connaissance du territoire Est et de ses acteurs (Bassins de vie de Mortain, Saint-Hilaire-du-Harcouët et Brécey). Il est vaste et désertifié par les structures sanitaires, sociales, médico-sociales ainsi que par les professionnels de santé (moins de structures hospitalières, moins d'équipes de soins primaires). La difficulté sera de s'implanter dans ce territoire qui en a besoin, et développer des relations avec des partenaires et des composantes dans ce secteur afin de leur déléguer certaines missions, comme, par exemple, la rencontre avec le patient. De plus, il y a aussi moins de médecins traitants et de professionnels de santé médicale et paramédicale dans ce territoire, ce qui peut complexifier les situations et augmenter leur nombre. La PTA a, par conséquent, un grand rôle à jouer au niveau de cette zone déserte et rurale.

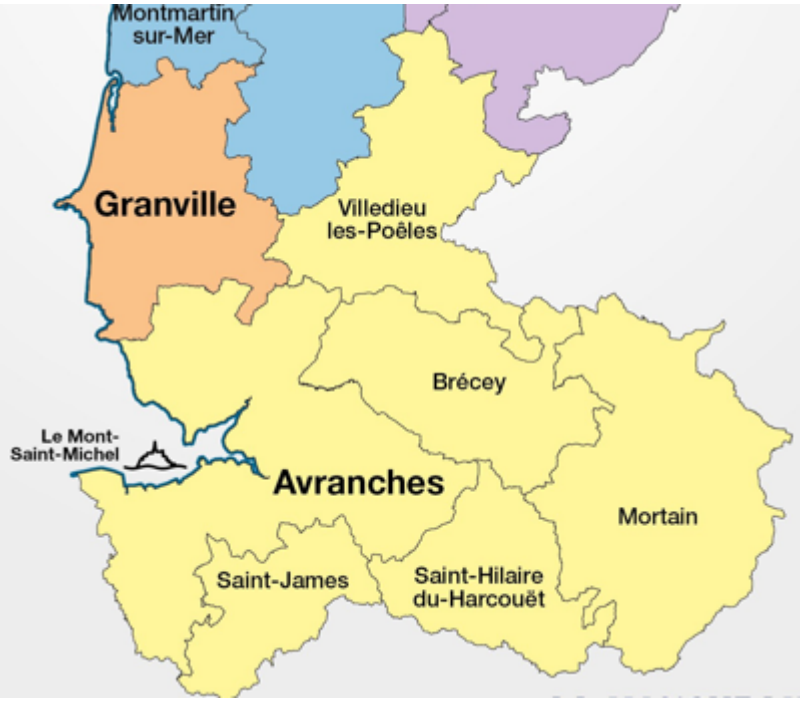


Figure 7 : Bassins de vie du Sud-Manche

2.4 Choix des composantes et des partenaires :

L'un des rôle de la PTA est de mutualiser les compétences des différents acteurs de la coordination d'un territoire pour fluidifier les parcours de santé complexes. Pour atteindre ce but, la PTA peut utiliser les ressources et les outils des composantes, et leur confier certaines missions afin d'éviter de surajouter une structure et d'améliorer la connaissance des structures entre elles. La PTA s'est appuyée sur les dynamiques territoriales pour favoriser la cohérence des dispositifs.

Conformément à l'article D. 6327-7 du décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016 « L'opérateur, lorsqu'il n'est pas en mesure de mettre en œuvre l'ensemble des missions de la plate-forme, peut confier une ou plusieurs de ces missions à une composante » et « Est qualifiée de composante de

la plate-forme territoriale d'appui le dispositif, l'acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social participant à la mise en œuvre de ses missions ». [16]

2.4.1 Le GHT Mont-Saint-Michel :

L'une des missions de la PTA est d'organiser une collaboration efficiente entre la ville et l'hôpital, avec la mise en place d'engagements réciproques.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire sont un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, prévu par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ils ont été instaurés pour garantir l'accès aux soins de tous. Ils s'engagent à mutualiser les équipes médicales et à répartir les activités, à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune dans un projet médical partagé, afin de faciliter la prise en charge continue des patients entre établissements. [20]

Dès le début, les médecins ont choisi de s'associer au GHT pour la mise en place de ce projet. Pour rappel, le GHT est constitué de 7 hôpitaux publics de taille plus ou moins importante sur le territoire du Sud-Manche.

Un des médecins porteurs du projet, est président de la CME (Commission Médicales d'Etablissement) de l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles et participe à la réunion du GHT du Mont-Saint-Michel. Après discussion avec le directeur de l'hôpital autour de ce projet, il en découle plusieurs accords pour faciliter la mise en place de cette PTA :

- Par économie budgétaire, il n'y a pas de service comptable au sein de la plateforme, la gestion des fonds est transparente en étant réalisée par les services comptables du GHT.
- Pour établir une stratégie géographique et fonctionnelle, la secrétaire et les locaux de la PTA seront situé au cœur d'un lieu partagé : l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles.
- Le partage de la secrétaire entre les deux structures : 50 % pour la PTA et 30 % pour l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles.
- Une meilleure articulation ville / hôpital pour un renforcement de la coordination des soins.
- Une aide administrative.

Cette alliance facilitera la mise en place d'un appui aux professionnels de santé pour les admissions et les sorties d'établissement :

- L'élaboration de protocoles permettant de préparer les hospitalisations, afin d'éviter les passages aux urgences.
- La transmission aux services concernés, lors de l'entrée en établissement, d'informations relatives à l'état de santé et à la situation sociale du patient.
- L'aide à l'organisation anticipée du retour à domicile.
- L'appui à l'élaboration et à la diffusion de fiche de liaison en cas d'hospitalisation d'urgence, mentionnant, par exemple, les directives anticipées.

Elle favorisera les échanges avec les services tels que la gériatrie, le SSR et la psychiatrie et une communication avec les assistantes sociales et le repérage croisé de situations complexes.

2.4.2 L'équipe MAIA du Sud-Manche (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie) :

La PTA s'est naturellement associée à la MAIA du Sud-Manche, lors d'une rencontre avec l'ARS.

Les MAIA ont été créées en 2008, et couvrent actuellement 98% du territoire français. Elles constituent un dispositif conçu pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, grâce à l'intégration des acteurs engagés dans les services de soins et d'aides. L'intégration des acteurs conduit à co-construire leurs moyens

d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne.

La MAIA est ancrée dans ce territoire depuis plusieurs années maintenant. La PTA a donc bénéficié de son expérience, ce qui a permis de résoudre plusieurs problématiques.

La plateforme a d'abord créé sa propre « demande d'inclusion patient » puis, dans un second temps, a utilisé le formulaire d'inclusion FAOS de la MAIA. Mais il a fallu le modifier pour qu'il soit adapté aux patients de tout âge, en incluant les données médicales essentielles à la prise en charge (ajout des antécédents, du traitement médical, ...).

La PTA utilise le répertoire des professionnels de cette structure via son site internet, mais le territoire de la MAIA n'est pas composé des mêmes bassins de vie. Par exemple, la MAIA du Sud-Manche n'inclut pas la commune de Percy. De plus, ce répertoire ne tient pas compte du domaine de l'enfance ni de celui des personnes handicapées.

Elle a également bénéficié de son site internet au début du lancement de la plateforme, avant la création de son propre site. La PTA a pu utilisé le diagnostic territorial élaboré récemment, ce qui a permis d'identifier les points de rupture et les besoins de la population afin d'élaborer l'appel à projet. [18]

Cette collaboration nécessite d'entretenir une bonne relation, sans superposer ni confondre les deux structures. La MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services d'aide et de soins. Elle n'a donc aucun rôle dans le champ médical. Il est important de savoir dissocier ces deux structures en veillant à ne pas inverser les rôles de chacun.

Il sera aussi discuté, dans un second temps, du partage d'un secrétariat commun, qui devra traiter les fiches d'inclusions, afin de réaliser des économies financières.

2.5 Budget prévisionnel et frein financier :

Pour sa viabilité et l'approbation du projet par l'ARS, il est nécessaire d'établir un budget prévisionnel pour l'année à venir. Celui-ci pourra être réajusté à la fin de chaque année.

Le budget prévisionnel est difficile à élaborer car il se base sur : des estimations de temps de travail de chacun des membres de l'équipe nécessaire au bon fonctionnement de la plateforme, l'appréciation des frais de structure et des frais annexes tels que la communication, le matériel, le site internet et sa maintenance.

Son acceptation dépendra du bien-fondé de l'utilité de la plateforme en rapport avec le territoire d'intervention proposé, la population couverte ainsi que le caractère précis et argumenté des fonctions assurées par l'équipe pluridisciplinaire. Il n'y a pas de plafond pour le financement des projets, c'est la diversité de ceux-ci et leur coût qui détermineront son importance. Les PTA sont financées par l'ARS via le FIR de Normandie (Fond d'Intervention Régional).

Pour faciliter la gérance de cette équipe, économiser le salaire d'un comptable et supprimer l'élaboration des fiches de paie, la PTA s'est associée au GHT qui sera gestionnaire. Les fonds sont reversés au GHT Mont-Saint-Michel, qui les redistribuera au fur et à mesure des besoins et versera les salaires. Cela devra permettre la transparence des finances.

Le retard du financement a constitué un frein à la mise en route de la plateforme, et a entraîné un retard dans la mise en place des outils de coordination, du site internet, du numéro de téléphone unique, des flyers, …

2.6 Définition du rôle de chacun :

Pour fluidifier la prise en charge du patient, il faut définir précisément les rôles de chacun afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins et ne pas faire de double saisie. Au début, il a été difficile pour chacun d'assimiler sa mission, et de suivre les situations dans le temps. Chacun a

dû s'imprégner de son rôle et communiquer au maximum pour l'optimisation des dossiers pris en charge. Il est important de créer et de respecter le schéma organisationnel, ainsi que les fiches de postes. Il arrive parfois, par manque de temps, que l'équipe ne puisse pas noter les avancements dans le PPA, ce qui peut perturber le suivi des patients.

3. Mise en fonction de la PTA :

3.1 Notion nouvelle et communication :

Créée en 2016 pour donner suite à l'article 74 de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et mise en place depuis le 15 Décembre 2017 dans le Sud-Manche, les structures et professionnels n'ont pas connaissance de cette plateforme (son but, son rôle, ses missions) du fait de sa nouveauté. [20]

C'est une notion parfois complexe qu'il faut, néanmoins savoir expliquer clairement et simplement.

Dans un premier temps, aux médecins traitants pour qu'ils adhèrent à cette plateforme et qu'ils en fassent bénéficier les patients qui en ont besoin. De plus, le médecin doit avoir bien compris les principes de fonctionnement de la PTA afin d'informer son patient et lui faire accepter la prise en charge en obtenant son consentement. Il est primordial d'expliquer clairement le but, le fonctionnement et les procédures d'adhésion.

Puis dans un second temps, aux structures en place, en les répertoriant afin de pouvoir leur adresser les patients concernés, et partager, simplement, les informations nécessaires à leur prise en charge. Celles-ci sont en droit de refuser le partenariat avec la plateforme. Dans ce cas, il convient de les persuader du bénéfice de la plateforme.

Les échanges concernant le patient ont été compliqués au début, et parfois même impossibles si la structure ne connait pas la PTA, sous couvert du secret professionnel. Par exemple : l'assistante administrative appelle la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) pour compléter le dossier d'un patient sur le plan social, l'assistante sociale ne veut pas donner d'informations car elle n'a pas connaissance de la plateforme, ce qui oblige l'assistante administrative à envoyer un mail présentant la structure, signé d'un médecin opérateur de la PTA, afin de récupérer les informations, d'où une perte de temps considérable.

Il est donc indispensable de développer et d'utiliser des outils de communication simples et adaptés à tous.

La communication est essentielle et nécessaire pour le développement de cette plateforme et doit être effectuée auprès des acteurs du territoire mais aussi du grand public.

Normalement, toutes les PTA de Normandie doivent bénéficier d'un logo commun pour qu'elles soient aisément identifiables, ainsi que d'une publicité déployée par l'ARS de la région. Cette communication n'a pas encore été effectuée. L'équipe opérationnelle a alors due créer son logo et des flyers d'informations.

La conception et la protection du logo ont été effectuées par un professionnel, et les flyers par l'équipe, ce qui a nécessité du temps et un budget non prévu. De plus, l'équipe a peu de compétences dans le domaine de la création.

Cette communication a due être déployée auprès des structures et professionnels de soins primaires sans oublier les infirmiers libéraux, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les dentistes... pour présenter la plateforme et les convaincre d'être acteurs de ce projet qui leur est destiné.

La première distribution de flyers et la première communication ont eu lieu lors d'une réunion MAIA en Avril 2018 où se trouvait plusieurs partenaires tels que les cabinets infirmiers, les conseillers départementaux, …

Puis chaque membre de l'équipe opérationnelle a participé à l'amélioration de la connaissance de la PTA par les professionnels de santé lors de nombreuses réunions (au CMS de Granville, au réseau PREOPP, lors des échanges entre professionnels au sein de l'EHPAD ou du

PSLA, …). Mais l'une des difficultés rencontrée est l'absence de diffusion de l'information concernant la PTA au sein d'une même structure.

A ce jour la structure se développe peu à peu, mais malgré l'investissement de tous, elle n'est pas encore assez reconnue pour un fonctionnement optimal.

3.2 Articulation avec le médecin généraliste :

Le rôle du médecin traitant est essentiel, car il est au cœur du projet de la PTA. N'oublions pas que l'une des missions de la PTA est de recentrer le système de santé sur les soins de proximité à partir du médecin généraliste. Cela afin de lui permettre de libérer du temps médical et l'aider dans la prise en charge de l'organisation du patient en situation complexe.

De plus pour l'inclusion du patient, il faut obligatoirement obtenir l'accord du médecin traitant, qu'il soit écrit lors de la réception de la fiche d'inclusion ou qu'il soit oral, lors d'un échange téléphonique, même si le patient est adressé par un autre praticien. Cela fait suite à l'article D. 6327-4.-I du décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 : « Si un autre professionnel que le Médecin Traitant souhaite déclencher le recours à la plateforme, le médecin traitant doit être systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plateforme afin de valider le déclenchement ». Sinon l'inclusion sera refusée. [16]

Un bon échange avec le médecin traitant est indispensable pour le fonctionnement optimal de la plateforme et une utilisation à bon escient. L'une des missions de l'équipe est de rencontrer chaque médecin, lui présenter la PTA et lui expliquer son rôle dans le territoire.

L'équipe communique avec de nombreux professionnels, par exemple lors de réunions entre médecins (Groupe de Qualité Bas Normand), et au cours de leurs activités (lors des visites du médecin au sein de la maison de retraite).

Tous les autres médecins devront être contactés afin de créer un répertoire complet, et distribuer de la documentation, pour le praticien et son patient. Plusieurs solutions seront étudiées :

- Rencontre du professionnel à son cabinet.
- Réunion de présentation de la PTA.
- Contacts mail, courrier ou téléphonique ….

Par la suite, après l'inclusion d'un patient, celui-ci doit donner son accord sur le Plan Personnalisé de Soins, l'échange des données médicales si elles sont manquantes, et son suivi. Le médecin est convié aux réunions de concertation pluridisciplinaire, et il est mis au courant des protocoles de bonnes pratiques.

Une autre problématique a été rencontrée, le cas du patient sans médecin traitant (3.7 % de la population du Sud-Manche), pour lesquels la PTA devra tout mettre en œuvre pour y remédier.

3.3 Les outils :

La PTA, pour un fonctionnement optimal, doit s'accompagner du déploiement d'un système d'information numérique avec l'aide des SNAC afin de favoriser la communication entre les professionnels, la coordination, l'accès à l'information partagée.

A noter que les professionnels des PSLA de la PTA utilisent activement le DMP en établissant des nouveaux dossiers et en les mettant à jour. C'est un outil primordial dans le développement de la plateforme.

La plupart de ces outils seront, dans un second temps, communs à toutes les PTA de Normandie, mais dans l'attente de ces outils il a été nécessaire que l'équipe de la PTA développe les siens. L'ARS souhaite mettre en place des groupes de travail, avec toutes les équipes des PTA de Normandie, pour la construction d'outils mutualisables.

3.3.1 Le répertoire :

Un répertoire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales doit être créé en incluant le recensement exhaustif des acteurs impliqués dans la coordination sur le territoire, des acteurs de soins, des acteurs de l'accompagnement dans la vie quotidienne et médico-social, des acteurs de l'hébergement, des acteurs de l'accès aux droits et de l'accompagnement social. Il sera nécessaire par la suite de l'actualiser et de le compléter.

En attendant, la plateforme utilise celui de la MAIA pour les personnes de plus de 60 ans en l'adaptant car le territoire n'est pas tout à fait le même (la commune de Percy est incluse dans la MAIA du Centre-Manche).

Il a également fallu en créer un pour les secteurs de l'enfance, de la psychiatrie et du handicap. Celui-ci sera complété au fur et mesure de la communication aux différents professionnels et structures. C'est l'assistante administrative de la PTA qui sera chargée de le développer.

Pour simplifier le recours aux professionnels, la plateforme souhaiterait avoir une page du répertoire réservée à l'équipe pour y inscrire les numéros personnels de ceux-ci. Ce qui permettrait d'accélérer la mise en place des rendez-vous par exemple. Cette page supplémentaire nécessite des connaissances particulières et nécessite le recours à un informaticien. La PTA bénéficiera, dans un second temps, du ROR mis en place par Normand-e Santé, dont le développement est encore en phase de test.

3.3.2. Consentement du patient - Directives anticipées - Personne de confiance :

Le patient est au cœur du projet de la PTA, il doit donc être « informé au recours de cette plateforme ou sa personne de confiance s'il en est incapable », conformément à l'article L 1110-12 du code de santé publique, « afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition », conformément à l'article D. 6327-4.-I du décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016. [16]

L'équipe ou le médecin traitant doivent obtenir l'autorisation du patient pour son inclusion dans la PTA, ainsi que son consentement libre et éclairé pour la réalisation de son parcours de soin. Pour faciliter cette démarche, elle est intégrée dans le FAOS.

L'équipe opérationnelle souhaiterait par la suite, après discussion avec le GHT, inclure la PTA dans la charte de la personne hospitalisée afin d'obtenir l'accord du patient. L'objectif de cette charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle est distribuée au patient et signée lors de son admission au sein de l'établissement. Lorsque le patient signera la charte, il acceptera d'être pris en charge par la plateforme après une information claire, loyale et appropriée sur cette structure.

Dans l'idéal, le formulaire concernant la personne de confiance et les directives anticipées devrait être joint au FAOS, s'ils ne sont pas inclus dans le DMP. Ces deux notions sont au cœur du système de santé pour donner suite aux lois récentes :

- Décret n° 2016-1067 du 3 Août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. [17]
- Article L1111-6 modifié par Ordonnance n° 2018-20 du 17 Janvier 2018 - art. 2 : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

3.3.3 Document d'inclusion du patient :

Ce document sera basé, après quelques modifications sur le FAOS, formulaire de la MAIA, afin de bénéficier de sa grande expérience dans le domaine de la gestion des cas. Ces modifications intégreront des notions nouvelles et essentielles comme le traitement et les antécédents médicaux avec l'utilisation d'une cotation CIM-10 simplifiée par l'équipe médicale. La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) est une classification codant les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle contient 14 400 références et a été simplifiée pour permettre une utilisation accessible à tous les membres de l'équipe opérationnelle et un échange entre les professionnels.

Cette demande d'inclusion est envoyée à la plateforme via courrier ou par mail sur une messagerie sécurisée.

L'assistante administrative a parfois des difficultés à récupérer certaines données manquantes souvent essentielles à la gestion du cas complexe. La demande d'inclusion est parfois mal remplie par le professionnel requérant, et il convient de le contacter.

Si la fiche est envoyée par voie postale, le délai de prise en charge peut être important. Ensuite, ce document est stocké et scanné dans le logiciel métier MLM pour que chaque membre de l'équipe, dont l'IDE coordonnateur qui va gérer le cas complexe, puisse le visualiser. Ces éléments montrent l'importance de l'utilisation d'un logiciel métier accessible à tous les membres de l'équipe, et de la Messagerie Sécurisée de Santé.

3.3.4 Plan personnalisé de soin et plan personnalisé d'appui :

Ces deux documents, entièrement créés par l'équipe, sont inclus dans le logiciel médical MLM. Ils sont accessibles et modifiables par tous, pour le bon déroulement du suivi du patient. Ils permettent de notifier les divers problèmes, les solutions et l'avancement du dossier.

Mais plusieurs problématiques sont rencontrées par l'équipe opérationnelle qui aura la charge d'y remédier, en améliorant ces outils :

- Celle de la traçabilité, car c'est un document WORD qui ne permet pas de connaitre l'intervenant modificateur ni les dates d'interventions sur le dossier.
- Un manque de temps administratif de l'équipe pour notifier l'avancement du dossier et les solutions mises en place, dans ce cas le dossier n'est pas à jour.
- Une problématique de maniabilité dans sa rédaction et son inclusion dans le logiciel métier MLM avec un risque de création de doublons.

3.3.5. Outils numériques :

Selon le Décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016, et d'après l'Article. D. 6327-10, chaque plateforme doit être « équipée d'un système d'information unique partagé par chacune des composantes de la plateforme et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information », et « Le système d'information de la plateforme permet l'échange et le partage d'informations entre professionnels concernant une même personne prise en charge, conformément à l'article L. 1110-12 et dans les conditions prévues par l'article L. 1110-4-1 ». [16]

Ce Système Informatique (SI) est en cours d'évaluation par l'ARS et sera mis en place par la suite avec un portail professionnel pour l'interopérabilité et le partage d'information et un portail usager.

Par conséquent, en attendant le développement de ce SI, la PTA a fait le choix d'un logiciel médical métier MLM et de la création d'un site internet.

Chaque PSLA utilise un logiciel médical diffèrent. Le logiciel en ligne MLM a été choisi, pour que chaque membre de l'équipe puisse le consulter via son poste de travail, son domicile ou lors de

ses déplacements. Ce logiciel est utilisé par le PSLA de Villedieu-les-Poêles depuis plusieurs années.

Un compte a dû être créé pour chaque utilisateur, ainsi qu'un onglet réservé à la PTA, afin que les dossiers soient accessibles uniquement aux membres de l'équipe, et ainsi préserver le secret professionnel. Un budget et une formation ont été nécessaires à l'élaboration de ce système.

Dans ce logiciel seront inclus les différents documents scannés ou créés. Il permettra un accès au DMP du patient pour le compléter, ou le créer s'il est inexistant. Il sera utilisé en attendant la mise en place de l'outil numérique professionnel. Cet outil permet également d'utiliser une Messagerie Sécurisée de Santé : Apycript, pour l'échange des données patient, de façon à préserver le secret médical.

Une question s'est posée lors de la rencontre avec le CGS Normand-e santé, sur la sécurité de l'hébergement des données patients sur le logiciel du PSLA, une vigilance particulière devra être observée.

En ce qui concerne le site Internet, celui-ci a tout d'abord été mis en place via le site de la MAIA, puis est devenu un site indépendant hébergé par la MAIA et mis en place grâce à l'aide du CGS Normand-e santé.

Ce site est accessible aux patients, aux composantes et à tous les professionnels, il donne accès au répertoire et au formulaire d'inclusion.

A l'heure actuelle le site est fonctionnel, mais il manque encore certaines données, qui seront actualisées au fur et à mesure de la construction de la plateforme, avec l'évolution du répertoire et la création d'un questionnaire de satisfaction. La gestion du site se fera ensuite par l'équipe qui sera formée à l'outil.

Dans un second temps, un site régional unique devrait être mis en place, et une page sera dédiée à chacune des PTA de la région Normandie.

3.3.6 Autres outils :

La plateforme a rencontré des difficultés avec le logiciel ViaTrajectoire, qui est un outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires ou médico-sociales. Seuls les médecins de la structure ont un code d'accès en tant que professionnels libéraux. Il serait utile que la plateforme dispose également d'un code pour la PTA qui pourrait être mise à disposition des membres de l'équipe.

Un outil d'évaluation des pratiques manque au sein de la PTA. Il a été demandé par la PTA du Sud-Manche pour permettre de répondre aux critères d'évaluation inscrits dans le cahier des charges des PTA de Normandie [9]. Ces critères d'évaluation devront porter sur l'optimisation du parcours de santé, l'organisation et les pratiques professionnelles, l'efficience médico-économique, et l'évaluation de la satisfaction des usagers. Un questionnaire de satisfaction est en cours de rédaction par l'équipe, il sera, par la suite, disponible sur le site Internet.

Pour l'évaluation des pratiques et dans une perspective d'amélioration, il faudra également mettre en place un tableau de pilotage. Il aura pour mission de suivre le flux des dossiers et leurs actualisations, le nombre de sollicitations, le délai de réponse, … Il permettra de connaitre le dynamisme de la PTA et de s'assurer de la traçabilité des demandes. Ce type d'outil pourra être utilisé lors de l'évaluation par l'ARS dans le cadre du rapport d'activité annuelle de la plateforme.

3.4 La gestion d'une équipe :

Afin d'assurer le bon fonctionnement du projet, et sa pérennité dans le temps, une organisation claire de l'équipe est indispensable.

Le pilote de la structure, pour appréhender au mieux cette gestion, doit avoir des capacités de management des ressources humaines, de gestion de tâches, de communication, …

L'équipe opérationnelle de la PTA doit mettre en place des réunions de concertation pluri-professionnelles pour favoriser la décision collégiale des cas complexes, discuter des

problématiques rencontrées par chacun, établir des protocoles et assurer également une meilleure cohésion de l'équipe. Ces réunions seront effectives dès Septembre 2018, 1 à 2 fois par mois. L'équipe doit trouver du temps pour se réunir, c'est une première difficulté, en raison de l'emploi du temps chargé de chacun, sans compter l'éloignement géographique de chaque professionnel.

Pour l'instant, le temps consacré par chaque professionnel à la plateforme parait suffisant (20% pour chaque IDE coordonateurs, 50% pour l'assistante administrative, et 20% pour chaque médecins), mais la structure en est à ses prémices. La gestion des cas est pour le moment optimale, mais le nombre dossiers de cas complexes est amené à croître avec le temps. Il faudra probablement réadapter les temps de présence au sein de la plateforme ou recruter un nouvel intervenant.

Lors de la mise en place de la plateforme, une première assistante administrative a décidée soudainement de quitter son poste. C'est dans l'urgence, qu'il a fallu gérer son départ et le recrutement de sa remplaçante. Il a également fallu assurer sa formation sur différents points (son rôle, celui de la PTA, le fonctionnement des différents outils, …). C'est un exemple des difficultés rencontrées lors de la gestion d'une équipe.

Lors du projet, il était question d'utiliser les compétences d'une assistante sociale pour faciliter l'évaluation des situations complexes, l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'aides, l'expertise sociale, l'impulsion et l'accompagnement des actions collectives, ainsi que la transmission d'informations. Toutes ces missions font partie intégrante du travail d'assistante sociale et de son potentiel rôle au sein d'une PTA. Actuellement ce rôle transversal est couvert par les professionnels du territoire, qui sont sollicitées, si nécessaire (exemple de la CARSAT, des hôpitaux locaux, du Conseil Départemental, …). Cependant, ce processus sera rediscuté selon l'évolution, les besoins de l'équipe et la nécessité d'intégrer une assistante sociale au sein de la plateforme.

Il est également nécessaire que chacun consacre une partie de son temps à se former aux outils, à la gestion des cas complexes, mais aussi à l'organisation de la structure.

C'est l'assistante administrative qui aura pour rôle la gestion du site Internet, son évolution, et ses modifications. Elle sera formée par un informaticien du CGS Normand-e santé.

Les IDE coordonateurs, quant à eux, bénéficieront d'une formation « PACTE », initiée par l'ARS et EHESP (l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique). Elle a pour mission de soutenir la fonction de management des équipes de soins primaires, de favoriser les pratiques pluri-professionnelles et l'amélioration du service rendu aux patients ainsi que de contribuer à la pérennisation des équipes de soins primaires.

L'équipe opérationnelle devra également assister aux réunions organisées par l'ARS et évaluer le fonctionnement de la plateforme. Cela implique la rédaction de compte-rendus sur les modalités de remontées d'activité de l'opérateur et sur les indicateurs d'activité que chaque composante est en charge de produire, sans oublier l'évaluation annuelle de la PTA par l'ARS conformément à l'Article. D. 6327-9 Décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016. [16]

3.5 Lenteur administrative :

Normalement toutes les PTA de la région Normandie, doivent bénéficier d'outils, d'un logo et d'un numéro téléphonique commun, pour faciliter l'accès aux différents professionnels et améliorer la communication, dans un souci de continuité.

Les outils numériques seront développés par le GCS Normand-e santé dans le cadre des SNAC, mais ceux-ci sont encore à l'étude sur le plan national. Ils seront testés dans un second temps au niveau de la région sur trois territoires normands (la PTA du Bessin, la PTA du Vexin, la PTA du Nord Cotentin) avant d'être mis en œuvre et proposés aux autres PTA. Cette conception a pris du retard en raison de la fusion des CGS Basse et Haute Normandie à la suite de la réforme territoriale de l'unification des régions.

Dans un premier temps, il y aura l'élaboration de l'outil pour les professionnels. Il sera proposé à la PTA du Sud-Manche au cours de l'année 2019, soit plus d'un an après sa mise en route. Les outils pour le portail patient ainsi que l'intégration du DMP et d'autres outils seront étudiés après la mise en service de l'outil professionnel.

De même pour le ROR qui est en cours de développement par le CGS Normand-e santé. Après concertation, l'ARS a privilégié une mutualisation avec le ROR PACA existant et opté pour son déploiement en Normandie. La mise en œuvre du ROR est prévue par l'article D. 6124-25 du code de la santé publique, modifié par les décrets suivants : décret n° 2006-577 du 22 Mai 2006 - art. 1 JORF 23 mai 2006 et décret n° 2010-344 du 31 Mars 2010 - art. 187, et rendue obligatoire par la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 Février 2007. L'ARS de chaque région doit s'équiper de ce répertoire, à minima, et mettre en place l'organisation nécessaire à sa mise en œuvre et à son exploitation avant fin 2015, suite à l'instruction N° DGOS/PF5/2015/114 du 7 Avril 2015. Le ROR s'inscrit dans la stratégie nationale de santé, en favorisant le développement des systèmes d'information numérique, afin d'optimiser le parcours coordonné du patient, ce qui requiert une bonne connaissance de l'offre de soins sur un territoire. [12]

La PTA a dû mettre en place ses propres documents, ce qui a nécessité beaucoup de temps. Afin de bénéficier d'une expérience auprès des patients, la PTA, avec accord de la MAIA, a décidé d'utiliser certains de ses documents en les ajustant.

Des retards budgétaires ont freiné le développement et l'utilisation de certains outils (création d'un compte pour chaque personne via MLM, numéro de téléphone), ainsi que le plan de communication (création d'un logo, de flyers, …).

La fiche d'inclusion patient est souvent envoyée par courrier, dans un soucis de conservation du secret médical. Le dossier est reçu quelques jours plus tard, il est ensuite analysé par l'assistante administrative, et l'équipe décide ou non de son inclusion. Cette démarche nécessite un certain délai. L'idéal serait de transmettre les demandes d'inclusion via le site Internet de manière sécurisée, ce qui sera le cas dès le développement des outils par le CGS Normand-e santé.

3.6 Législation, droit du patient et secret médical :

Lors de la création d'une association de professionnels de santé, il est important de respecter les lois et de les appliquer. Pour surmonter cette difficulté, l'équipe de la PTA est encadrée :

- Par l'ARS.
- Par le GHT.
- Par les médecins opérateurs de la plateforme, dont un est diplômé en droit. Ils connaissent les lois qui entourent le patient et le secret médical, et utilisent des outils pour la dématérialisation et le partage d'informations au quotidien.
- Par le CGS Normand-e santé pour l'application de la nouvelle loi européenne sur l'échange des données personnelles.

Certaines lois spécifiques à la mise en place de la plateforme doivent être connus de l'opérateur et de ses membres :

- Décret n° 2016-919 du 4 Juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. [16]
- Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74. [20]

Le respect du consentement du patient est obligatoire, et il concerne plusieurs droits au sein de la plateforme :

- Le consentement pour bénéficier de l'appui de la PTA dans son parcours, pour le partage et l'échange des informations à caractère personnel et médical avec l'ensemble des professionnels intervenants.
- L'information du patient et son droit d'opposition aux propositions faites.
- Le consentement du patient peut être retiré à tout moment.

Les apports de la loi sur ce sujet ont pour objectif de favoriser l'échange et le partage d'informations entre participants à la mise en oeuvre de la coordination, mais également la mise en avant du droit d'opposition du patient dûment informé pour les échanges ou le partage des données. Par ailleurs, le concept élargi d'équipe de soins (au-delà de l'hôpital) est introduit et chaque professionnel doit avoir accès aux seules informations strictement nécessaires à sa mission.

Il est important de permettre l'accès au dossier médical, seulement aux professionnels concernés, et ainsi respecter :

- Le décret n° 2016-994 du 20 Juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs sociaux et médico-sociaux et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.
- Le Code de Santé Publique, Article L1110-4 Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 Janvier 2018 - art. 2. [10]

Les équipes de soins qui agissent autour de la coordination du patient sont définies et mentionnées à l'article L.1110-12 du code de santé publique et aux textes qui en émanent :

- Décret n° 2016-996 du 20 Juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.
- Arrêté du 25 Novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée.

Le consentement éclairé du patient peut être obtenu soit oralement (comme pour la plateforme) soit par écrit, à la suite d'une explication claire loyale et appropriée. Cette information au patient doit concerner la nature des données partagées, les professionnels auxquelles les données seront communiquées, le support utilisé pour le partage de données et les mesures prise pour préserver leur sécurité, d'où l'utilisation d'une Messagerie Sécurisée de Santé pour le partage dématérialisé des données.

Un patient peut par exemple, accepter l'appui à la coordination sans pour autant accepter le partage de ses informations personnelles. Si le patient est en incapacité de le faire, le recueil du consentement doit se faire auprès de sa personne de confiance.

Il est aussi important de respecter la nouvelle loi RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) qui a pris une place très importante dans l'actualité. Ce texte, voté en 2016, doit être appliqué dans l'Union Européenne à partir du 25 Mai 2018. Il apporte un nouveau cadre juridique à la protection des données personnelles, en renforçant le droit des personnes et en instaurant de nouvelles obligations pour un grand nombre d'organismes (administrations, entreprises, …) effectuant des traitements de données. Les grands principes de cette nouvelle loi sont les suivants :

- Elle concerne toute personne physique quelle que soit sa nationalité ou sa résidence.
- Obligation de tenir un registre de traitement des données, qui sera à la disposition de la CNIL en cas de contrôle. L'organisme devra prouver sa conformité (et non l'inverse).
- Nommer un délégué à la protection des données : son rôle est d'informer et conseiller, contrôler l'application du règlement et coopérer avec l'autorité de contrôle. Il est obligatoire

lorsque le traitement est effectué par un organisme public, ou s'il concerne le traitement à grande échelle des données dites sensibles telles que les données de santé.

- Informer la CNIL et les personnes concernées en cas de violations de données personnelles.
- Les organismes doivent prouver la véracité des informations délivrées aux personnes, la légalité du processus d'obtention des données personnelles sensibles et le respect des droits des personnes.
- Chaque organisme devra être en mesure de prouver qu'un projet, depuis sa conception jusqu'à son application, a pris en compte le respect et la protection de la vie privée.
- Elle traite rapidement les demandes de réclamations, surtout celles faites par les personnes mineures, avec une réduction du délai de réponse passant de deux mois à un mois.

La plateforme doit aussi respecter une neutralité dans l'orientation des ressources.

Pour respecter la qualité et la sécurité des soins, il est nécessaire que chaque patient bénéficie d'un numéro unique d'identitovigilance au sein de la plateforme, ceci permettant de réduire les risques d'erreurs ou de confusion d'identité. Cette notion devra faire partie intégrante des SI numériques.

3.7 Inclusion du patient – suivi du dossier :

La PTA doit être en mesure de fournir une évaluation sanitaire et sociale de la situation lors de l'inclusion du patient, lorsque le professionnel en exprime le besoin. La plateforme a décidé dans une logique de subsidiarité de confier cette mission aux partenaires du territoire. Ces partenariats sont en cours de mise en place.

Un suivi et une actualisation régulière de chaque dossier pris en charge est également indispensable. C'est une difficulté rencontrée par certains membres de l'équipe. Par conséquent, Il est donc important d'historiser les inclusions et de mettre à jour les statuts des patients dans la file active de la plateforme. Un outil de gestion permettant cet historique manque pour l'instant.

Il sera également important, au fur et à mesure de l'accroissement des demandes, de lister les critères de refus et d'inclusions des cas complexes pour faciliter la tâche des gestionnaires de cas.

3.8 Sortie du patient et fin de prise en charge :

L'une des difficultés rencontrées par l'équipe de la PTA du Sud-Manche est la détermination de fin de prise en charge d'un patient et la clôture de son dossier. Il faut obtenir, pour cela, une coordination optimale et la résolution du Plan Personnalisé d'Appui. Ces critères sont objectifs et cette problématique sera évaluée au fur et à mesure du temps avec la pratique de l'équipe.

Il existe tout de même plusieurs motifs précis de sortie tel que : le déménagement du patient hors du territoire concerné par la plateforme, une demande d'interruption par le patient ou par le médecin traitant, une entrée en institution ou encore un décès. Ces cas entraînent une cessation d'office de la prise en charge.

Il faudra, par la suite, que la plateforme créée un courrier de fin d'accompagnement du patient, à transmettre au médecin traitant.

Elle devra également archiver les dossiers clôturés pour permettre au patient, à tout moment, de consulter celui-ci sous couvert des articles L.1111-7 et R.1111-1 à R. 1111-8 du Code de Santé Publique. L'article L. 1111-7 modifié par la loi n° 2007-131 du 31 Janvier 2007 déclare que : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissement de santé». [21]

Cet archivage doit aussi permettre de ré-ouvrir un dossier en cas de nouvelle demande d'accompagnement par la plateforme.

3.9 Appui aux professionnels de santé :

La PTA a un rôle dans le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles, issues de la mission 3 : « Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels ». Elle vise au repérage des points de ruptures dans le parcours du patient. [16]

Les médecins opérateurs de la plateforme ont déjà une expérience dans ce domaine grâce à la création d'une forme juridique de type SISA pour les PSLA auxquels ils appartiennent. La SISA a principalement 2 objectifs : la mise en commun de moyens pour faciliter l'activité professionnelle de chacun et la mise en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. C'est une qualité nécessaire à l'application la mission 3 de la PTA afin de mettre en place des pratiques coordonnées autour du patient. Ces appuis ont plusieurs fonctions :

- Mise en place de dispositifs de surveillance ou de consultation à distance, avec une importance particulière pour l'éducation thérapeutique.
- Mise en place de référentiels métiers destinés à aider une prise de décision ou une action : recommandation de bonne pratique, protocole HAS, …
- Elaboration et diffusion d'outils de repérage et d'évaluation de la complexité.
- Mise en place de formations, de soutiens, de groupes de travail.

La PTA du Sud-Manche en est encore à ses débuts et les dossiers traités relèvent essentiellement de patients issus des trois PSLA opérateurs. Il n'a pas encore été mis en place d'appui aux professionnels de santé.

4. Discussion :

Les problématiques de mise en place d'une structure de ce type sont nombreuses du fait principalement de la notion nouvelle de PTA.

Les ARS qui financent ces projets ont encore peu de recul sur leur développement, peu de documentations sur les problématiques de mises en place des PTA, et par la même occasion peu de solutions à apporter aux équipes. Les problèmes sont résolus au fur et à mesure de la mise en route des plateformes, à partir des solutions développées par chacune.

L'ANAP a rédiger un document qui traite, à partir des retours d'expérience des cinq projets Territoires de Soins Numériques, de la mise en oeuvre des missions et de l'organisation des dispositifs de coordination de « type » PTA. Il propose des solutions organisationnelles, analyse certaines problématiques rencontrées, les enjeux, les questions clés et les facteurs de succès à prendre en considération. Ce document a été édité et mis à disposition des ARS en Avril 2018. [3]. Ces cinq territoires pilotes du projet TSN ont conduit à la mise en place des PTA mais ne sont que partiellement construits sur les mêmes bases, et sont, par conséquent, différents sur plusieurs points, des plateformes actuelles. Ils ne présentent pas toutes les problématiques observées dans cette étude.

Concernant la mise en œuvre de la PTA du Sud-Manche, le maillage en réseau autour des personnes âgées est assez important notamment grâce aux structures telles que les CLIC et les MAIA, mais il est encore insuffisant en ce qui concerne l'enfance, la personne en situation de handicap et les patients ayant des troubles psychiatriques. La coordination autour de ces cas complexes est peu développée au niveau des équipes de soins primaires, d'où l'importance de la PTA à ce niveau. De plus certains outils, notamment concernant l'inclusion, ont été développés à partir des documents de la MAIA et sont peu adaptés à la prise en charge de l'enfant (absence d'accord parental par exemple).

Ces plateformes sont également l'occasion de développer la télémédecine, afin d'optimiser la prise en charge des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique. Ce sujet est actuellement au coeur du développement de la santé en 2018 avec le remboursement des consultations à partir

du 15 Septembre 2018. Cette télémédecine devrait progressivement s'étendre au sein de la plateforme concernant les consultations médicales en lien avec le SSR et les EHPAD.

Dans cette dynamique, l'équipe opérationnelle de la PTA a pour projet la mise en œuvre, grâce à l'intervention du CGS Normand-e santé et du service de Cardiologie du CHU de Caen, d'un service de télémédecine SCAD. Il s'agit d'un service de « Suivi Clinique A Domicile » pour les patients insuffisants cardiaques. Il permet un suivi éducatif et interactif tout en faisant appel à la télésurveillance. Les avantages de ce système sont nombreux concernant la connaissance de sa maladie et de son traitement par le patient. De plus, le patient est amené à jouer un rôle actif dans le suivi de sa maladie, dans le but d'améliorer sa qualité de vie et de limiter les hospitalisations. Ce projet est actuellement en discussion, le Sud-Manche étant un territoire présentant un grand nombre de décès en lien avec les maladies cardio-vasculaire.

Dans certains départements où les PTA sont plus avancées dans leur développement, de nombreux outils créés par les équipes pourraient être utiles aux nouveaux projets de plateforme. Malheureusement, il n'y a que peu de mutualisation des données et des outils via les ARS, ce qui sera probablement amené à changer dans le futur.

Pourtant certaines ARS, comme l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, ont développées et déployées auprès des opérateurs de PTA, des « kit de communication » afin d'aider les plateformes à se faire connaître sur leur territoire. Ces kit contiennent de nombreux documents comme un logo et une charte graphique, des plaquettes de présentation pour les acteurs du territoire, un film d'animation expliquant le rôle de la PTA, des flyers, …

Ce partage d'informations et d'outils constituerait une aide précieuse et un gain de temps pour les plateformes en phase de constitution, notamment pour celles dont les équipes n'ont pas les compétences de développement suffisantes.

PARTIE III : Etude observationnelle des cas complexes pris en charge par la PTA Sud Manche

1. Matériel et méthode :

1.1 Question de recherche :

Quels sont les profils des patients, les principales problématiques et les solutions proposées dans la gestion des cas complexes par la PTA du Sud Manche ?

Cette question de recherche découle naturellement du constat d'inconnu qui peut entourer l'équipe opérationnelle lors de la création d'une PTA. En effet, comme décrit précédemment, une connaissance exhaustive du territoire, de sa population et de ses acteurs est nécessaire afin de pouvoir remplir au mieux les différentes missions de la PTA. Malgré cela, il n'est pas toujours évident de déterminer les besoins des professionnels de santé du territoire ni de mettre en évidence les points de rupture potentiels dans la prise en charge des patients.

A cela s'ajoute la notion de parcours de santé complexe, défini par la loi (article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016) comme 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 ». Cette notion de complexité du parcours de santé reste malgré tout subjective et dépendante du ressenti du professionnel de santé.

Le but de cette étude est donc de définir les profils des patients, les problématiques rencontrées à l'aide d'outils adéquats, afin que l'équipe opérationnelle de la PTA puisse proposer les solutions adaptées au patient en situation complexe. Grâce à cela, les acteurs essentiels du territoire dans la gestion de cas complexes, les outils et les points de rupture pourront être définis et optimisés pour permettre à la PTA de répondre au mieux aux différentes demandes.

1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, non expérimentale, observationnelle et descriptive. L'intérêt de ce type d'étude est d'offrir un regard extérieur à la situation, une observation de la réalité sans intervenir dans la prise en charge des sujets. Dans le cas présent, il s'agit d'une étude observationnelle sur la gestion de cas complexes par la PTA du Sud-Manche, sans interférer dans la prise en charge de ces sujets.

1.3 Méthodologie

1.3.1 Population et durée d'inclusion

La date de début d'inclusion a été déterminée comme étant le jour du lancement officiel de la PTA, soit le 15 Décembre 2017. Devant une mise en place progressive des différents outils et une information auprès des professionnels du territoire réalisée en Avril 2018, la durée d'inclusion a été arbitrairement définie à 6 mois. Cette durée permettant d'avoir un recul suffisant et une évaluation cohérente sur la prise en charge des cas complexes gérés par la PTA du Sud-Manche.

Sur cette période allant du 15 Décembre 2017 au 15 Juin 2018, 96 patients ont été inclus. Sur ces 96 patients, une grande majorité a été incluse par le biais des 3 PSLA opérateurs (Villedieu-les-Poêles, Granville et Saint James). Cela s'expliquant notamment par un plan de communication réalisé plus tardivement auprès des autres professionnels du territoire. Cette méthode a permis une montée en charge progressive de la PTA et une adaptation des différents outils d'inclusion et de suivi des cas complexes au fil des mois.

1.3.2 Outils utilisés

Les différents outils utilisés lors de cette étude pour le recueil de données sont tous issus des outils développés par la PTA pour l'inclusion, la gestion et le suivi des cas complexes. Ces outils ont permis de collecter un maximum d'informations concernant le profil du patient, la demande d'inclusion et les différentes problématiques mises en évidence, ainsi que le suivi et les solutions proposées par l'équipe opérationnelle de la plateforme. On retrouve notamment les outils suivants : le dossier patient, le DMP, la demande d'inclusion, le FAOS ainsi que le PPA.

Le dossier patient, intégré au logiciel métier MLM, est facilement consultable par l'équipe de la PTA grâce à la création d'un groupe dédié permettant de retrouver tous les dossier-patients gérés par la plateforme. Ce dossier patient comprend : les données d'identité du patient (date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone), ses antécédents au format CIM-10 et ses allergies, son traitement habituel, ainsi que diverses données médicales si nécessaire (résultats de laboratoire, d'imagerie, compte-rendus d'hospitalisation ou de consultation spécialisée). On retrouve également les outils plus spécifiques à la PTA et qui seront développés ultérieurement : la demande d'inclusion, les directives anticipées, le FAOS et le PPA.

La Demande d'Inclusion (Annexe 3) doit être datée et complétée, ou validée, par le médecin traitant avec l'accord du patient. Cette demande d'inclusion, au format papier, a été entièrement développée par l'équipe opérationnelle de la PTA lors du lancement de la plateforme. Celle-ci comprend :

- L'identification du patient : nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, adresse, téléphone, mail, informations concernant le DMP.
- Le lieu où se trouve le patient à la date de la demande d'inclusion (domicile, hôpital, …).
- Les coordonnées de la personne de confiance.
- Les coordonnées du médecin traitant, des médecins spécialistes et des autres professionnels s'occupant du patient.
- La liste des professionnels déjà mis en place au domicile ou prévus (IDE, SSIAD, HAD, ADMR, …).
- Les conditions de vie du patient et des informations sur son autonomie.
- Un compte-rendu des antécédents, allergies et traitements du patient.
- Le motif de la demande d'inclusion avec un court résumé de la situation et des problématiques mises en évidence.

Le FAOS (Annexe 4), basé sur le formulaire de la MAIA Normandie, très expérimentée dans le domaine de la gestion de cas, est disponible aux formats papier et numérique. Ces versions sont accessibles sur la page internet dédiée à la PTA du Sud-Manche. Le formulaire peut être imprimé, rempli manuellement et envoyé par voie postale, ou bien rempli numériquement et envoyé par messagerie sécurisée au secrétariat de la plateforme. Celui-ci a l'avantage de mettre en évidence de manière plus précise les problématiques liées à la situation, à l'aide de divers points d'alertes. Ce FAOS comprend :

- Les données d'identification du patient : nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse, téléphone, situation familiale, mode de vie, informations concernant une éventuelle protection juridique.
- L'accord de prise en charge du patient par la PTA et les informations concernant les directives anticipées.
- Les coordonnées de l'émetteur de la demande ainsi que de la personne ressource à contacter.
- La liste des aides humaines et financières mises en place : HAD, IDE, CMP, SSIAD, Réseau de santé, APA, …
- L'objet de la demande d'inclusion.

- Les antécédents, renseignements médicaux et traitements.
- Les alertes repérées concernant l'environnement social et familial : épuisement ou souffrance de l'aidant, notion d'isolement, expression d'un sentiment de solitude, évolution de la vie sociale, risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et / ou de vulnérabilité, problématique familiale compromettant le maintien à domicile, sentiment d'épuisement des professionnels.
- Les alertes repérées concernant les aspects économiques et administratifs : droits communs non ouverts, difficultés dans la gestion administrative, difficultés financières, comportement à risque.
- Les alertes repérées concernant l'habitat : problème d'accessibilité au logement, logement encombré, dégradé ou non entretenu, absence de moyens de communication, configuration inadaptée du logement, comportement à risque, isolement géographique, difficultés de cohabitation avec des animaux domestiques, difficultés de relations avec le voisinage.
- Les alertes repérées concernant l'autonomie : difficultés dans les actes essentiels de la vie, difficultés dans les actes de la vie domestique, difficultés dans les activités personnelles et de loisirs, refus d'aides et / ou de soins par la personne et / ou son entourage, refus / arrêt d'intervention des professionnels, difficultés de mobilité.
- Les alertes repérées concernant la santé : suivi médical absent ou irrégulier, troubles cognitifs, troubles du comportement, troubles sensoriels, troubles nutritionnels, troubles addictifs, symptôme physique, grabatisation récente, souffrance récente exprimée physique ou psychique, chutes fréquentes (plus de 2 dans les 6 derniers mois), hospitalisations répétées (plus de 2 dans les 6 derniers mois), difficultés dans la gestion des médicaments, maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier.

Le PPA (Annexe 5), entièrement développé par l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche, est intégré au logiciel métier MLM et peut être mis à jour par n'importe quel membre de l'équipe opérationnelle. Ce Plan Personnalisé d'Appui permet notamment de notifier les diverses problématiques repérées, de proposer des solutions et d'assurer un suivi des différentes actions réalisées. Celui-ci comprend :

- Les coordonnées du patient, ainsi que son numéro d'anonymat.
- Sa date d'inclusion et de sortie de la PTA.
- Les coordonnées du référent coordonateur du dossier, ainsi que les coordonnées du médecin traitant, de la personne de confiance et des différents professionnels s'occupant du patient.
- Un résumé de la situation médico-sociale du patient et du motif de la demande d'inclusion.
- Un plan d'aide comprenant : les problématiques mises en évidence, les causes et les signes cliniques secondaires, les objectifs fixés par l'équipe opérationnelle de la PTA, les actions entreprises pour solutionner ces problématiques et les résultats de ces actions.

1.3.3 Indicateurs généraux

Les indicateurs généraux pris en compte lors de cette étude pour déterminer les profils des patients pris en charge par la PTA du Sud-Manche sont :

- L'âge.
- Le sexe.
- La présence d'une pathologie chronique et / ou d'une polypathologie en se basant sur les données CIM-10 du dossier médical.
- Le mode de vie avec trois sous-groupes : seul, entouré au domicile et institutionnalisé.
- La présence ou non d'aides humaines et / ou matérielles.
- La présence ou non d'aides financières.

- La durée de prise en charge par la PTA avec trois sous-groupes : < 1 mois, entre 1 et 3 mois, > 3 mois.

1.3.4 Indicateurs des problématiques

Pour ce qui est des indicateurs liés aux problématiques, plusieurs sous-catégories généralistes ont permis de réaliser une première classification concernant le motif d'admission principal. On retrouve donc les 6 sous-catégories suivantes :

- Maintien à domicile difficile.
- Complexité thérapeutique.
- Complexité médico-sociale.
- Complexité psychiatrique.
- Complexité pédo-psychiatrique.
- Soins palliatifs.

Malgré une catégorisation généraliste des problématiques permettant d'avoir un premier regard sur les cas complexes pris en charge par la PTA, une étude plus fine reste nécessaire. En se basant le FAOS, de nombreuses alertes ont été retenues pour devenir des indicateurs de problématiques dans les divers champs de l'environnement social et familial, de l'autonomie et de la santé. Les indicateurs des problématiques pris en compte dans cette étude sont les suivants :

- Epuisement ou souffrance de l'aidant.
- Notion d'isolement : absence ou fragilité du lien social avec la famille, l'entourage, le voisinage, …
- Evolution de la vie sociale : rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche, …
- Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et / ou de vulnérabilité.
- Aides humaines ou financières insuffisantes.
- Problématique familiale compromettant le maintien à domicile ou les soins : conflits familiaux ou conjugaux, déni ou incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples, …
- Sentiment d'épuisement des professionnels.
- Difficultés dans les actes essentiels de la vie : se nourrir, se laver, se vêtir, aller aux toilettes, …
- Difficultés dans les actes de la vie domestique : faire les courses, le linge, le ménage, préparer les repas, gérer le budget, utiliser des moyens de communication, …
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs : le patient ne peut plus faire ce qu'il aimait, peur de sortir, …
- Refus d'aides et / ou de soins par la personne et / ou son entourage.
- Difficultés de mobilisation.
- Logement inadapté ou dégradé : problème d'accessibilité, configuration inadaptée, dégradation, comportement à risque (utilisation du gaz par exemple), …
- Troubles cognitifs.
- Troubles du comportement.
- Troubles sensoriels.
- Troubles nutritionnels.
- Troubles addictifs.
- Suivi médical absent ou irrégulier.
- Grabatisation récente.
- Chutes à répétition (plus de 2 dans les 6 derniers mois).
- Hospitalisations répétées (plus de 2 dans les 6 derniers mois).
- Difficultés dans la gestion des médicaments.
- Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier.
- Symptôme physique ou psychique aigu.

- Sortie d'hospitalisation à programmer.

1.3.5 Indicateurs des solutions

Enfin, concernant les indicateurs des solutions proposées, ceux-ci ont pu être déterminés grâce aux indicateurs des problématiques, ainsi que par le biais des solutions proposées dans les différents PPA par l'équipe opérationnelle de la PTA. Afin d'avoir des résultats statistiques cohérents et exploitables, ces indicateurs de solutions ont été définis dans les divers champs de l'environnement social et familial, de l'autonomie et de la santé de la manière suivante :

- Mise en place de mesures de protection : tutelle, curatelle, …
- Bilan et suivi social : mise en place et / ou réévaluation des aides humaines, matérielles et financières.
- Demande d'institutionnalisation.
- Adaptation de l'activité professionnelle ou scolaire.
- Mise en place ou majoration des aides pour les actes essentiels de la vie.
- Mise en place ou majoration des aides pour les actes de la vie domestique.
- Mise ou place ou majoration d'aides à la mobilisation.
- Adaptation du logement.
- Organisation de consultations médicales spécialisées.
- Bilan nutritionnel et prise en charge d'une carence.
- Mise en place d'un sevrage.
- Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.
- Mise en place de soins infirmiers.
- Mise en place d'une aide à l'observance thérapeutique.
- Réévaluation d'ordonnance.
- Coordination des soins ville-hôpital.
- Mise en place d'un soutien psychologique, d'un suivi CMP.
- Organisation d'une prise en charge en SSR.
- Organisation d'une prise en charge en HAD.

2. Résultats

2.1 Caractéristiques de la population

Les résultats de cette étude ont permis d'affiner les caractéristiques de la population incluse par la PTA du Sud-Manche, grâce notamment aux indicateurs généraux, durant ses 6 premiers mois d'activité.

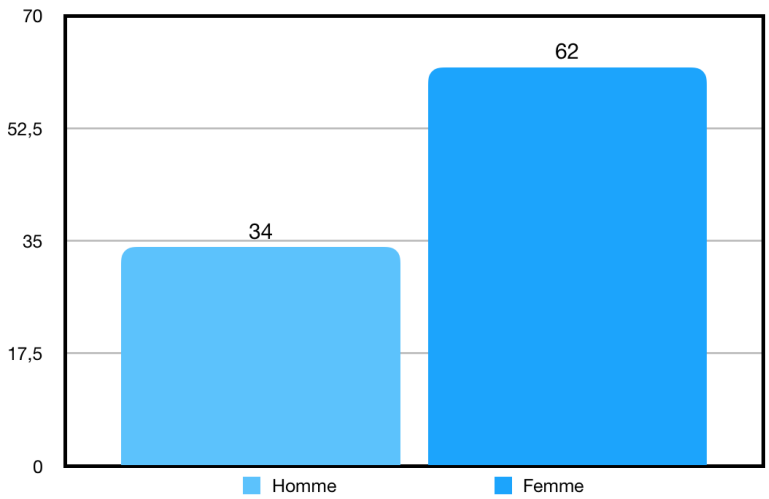


Tableau 1 : Indicateur général : genre.

Si l'on s'intéresse dans un premier temps au genre, 62 femmes ont été incluses pour 34 hommes.

Concernant l'âge des 96 patients inclus dans cette étude, on retrouve une proportion très importante de patients âgés de plus de 60 ans. Ceux-ci représentent plus de 86,4 % de la population incluse avec un total de 83 patients. On retrouve également un pic sur la tranche d'âge des 81-90 ans avec un taux de 42,7 %, soit 41 patients. Si l'on s'intéresse également aux plus de 75 ans, ceux-ci sont au nombre de 66 patients, soit 68,7 % de la population incluse dans cette étude.

En prenant la répartition des patients par tranche d'âge, on retrouve : 3 patients entre 0 et 10 ans, 3 patients entre 11 et 20 ans, 0 patient entre 21 et 30 ans, 2 patients entre 31 et 40 ans, 1 patient entre 41 et 50 ans, 4 patients entre 51 et 60 ans, 14 patients entre 61 et 70 ans, 13 patients entre 71 et 80 ans, 41 patients entre 81 et 90 ans, et enfin 15 patients de plus de 91 ans.

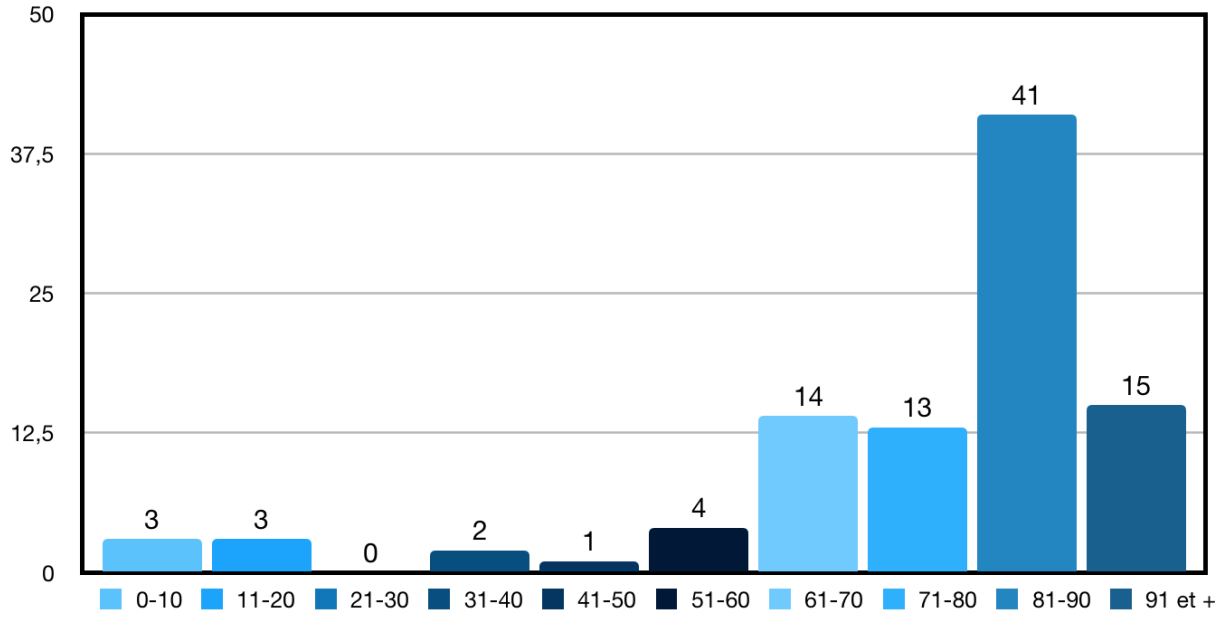


Tableau 2 : Indicateur général : âge

Devant une forte proportion de personnes âgées dans cette étude, il a été décidé de réaliser les statistiques selon 3 catégories de population : l'ensemble des patients inclus, les patients de plus de 60 ans et les patients de plus de 75 ans. Cette répartition permettra notamment de mettre en évidence des problématiques et des solutions différentes selon la catégorie d'âge, mais également de faire le lien avec les données statistiques de la population du Sud-Manche décrits précédemment.

Si l'on s'intéresse désormais au mode de vie des patients inclus, sur la base des 3 catégories décrites précédemment (seul, entouré au domicile ou institutionnalisé), on retrouve pour l'ensemble de la population incluse la répartition suivante : 44,8 % de patients seuls au domicile, 44,8 % de patients entourés au domicile, 10,4 % de patients institutionnalisés. Pour les plus de 60 ans, la répartition est la suivante : 49,4 % de patients seuls au domicile, 38,6 % de patients entourés au domicile et 12 % de patients institutionnalisés. Et enfin, pour les plus de 75 ans, la répartition se fait de la manière suivante : 47 % de patients seuls au domicile, 39,4 % de patients entourés au domicile et 13 ,6 % de patients institutionnalisés.

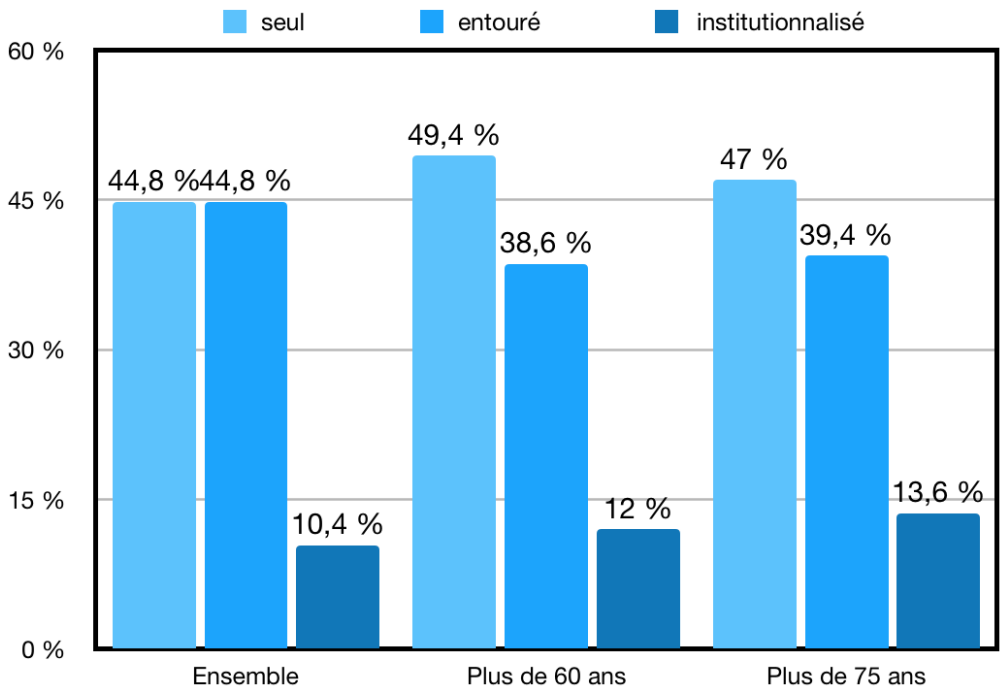
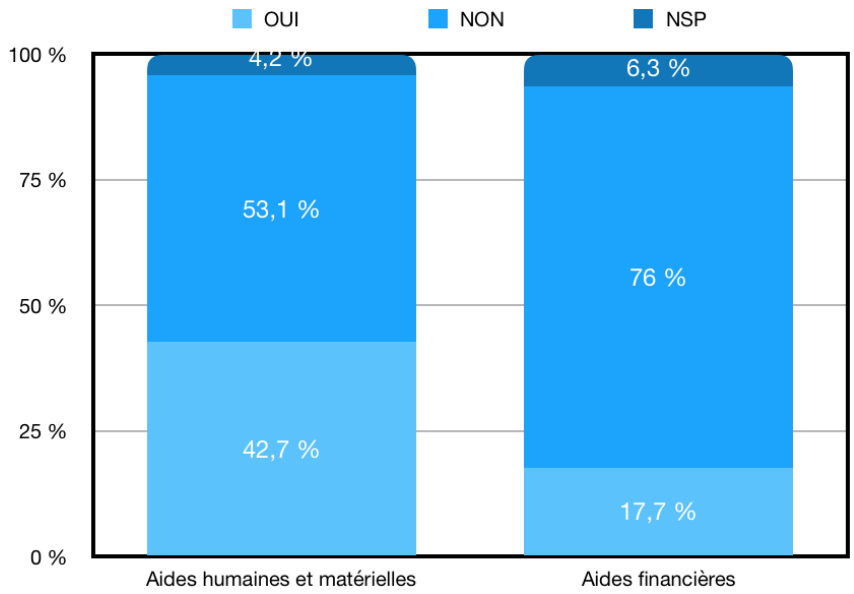


Tableau 3 : Indicateur général : mode de vie

Ces résultats mettent en évidence, comparativement à l'ensemble de la population incluse, une proportion plus importante de patients vivants seuls au domicile ou institutionnalisés chez les plus de 60 ans, alors que la proportion de patients entourés au domicile à tendance à diminuer. Pour ce qui est des plus de 75 ans, la part des patients vivants seuls au domicile à tendance à diminuer au profit de l'institutionnalisation.

Pour conclure cette partie sur les caractéristiques générales de la population incluse, on s'intéresse désormais aux différentes aides humaines, matérielles et financières déjà mises en place au moment de l'inclusion. Si l'on prend l'ensemble de la population incluse, on s'aperçoit que 42,7 % bénéficient d'aides humaines et / ou matérielles, alors que 17,7 % bénéficient d'aides financières. Pour les plus de 60 ans, ces taux montent à 48,2 % pour les aides humaines et / ou matérielles, et 20,5 % pour les aides financières. Enfin les plus de 75 ans sont 48,5 % à bénéficier des aides humaines et / ou matérielles, et 24,2 % pour les aides financières.



Ensemble

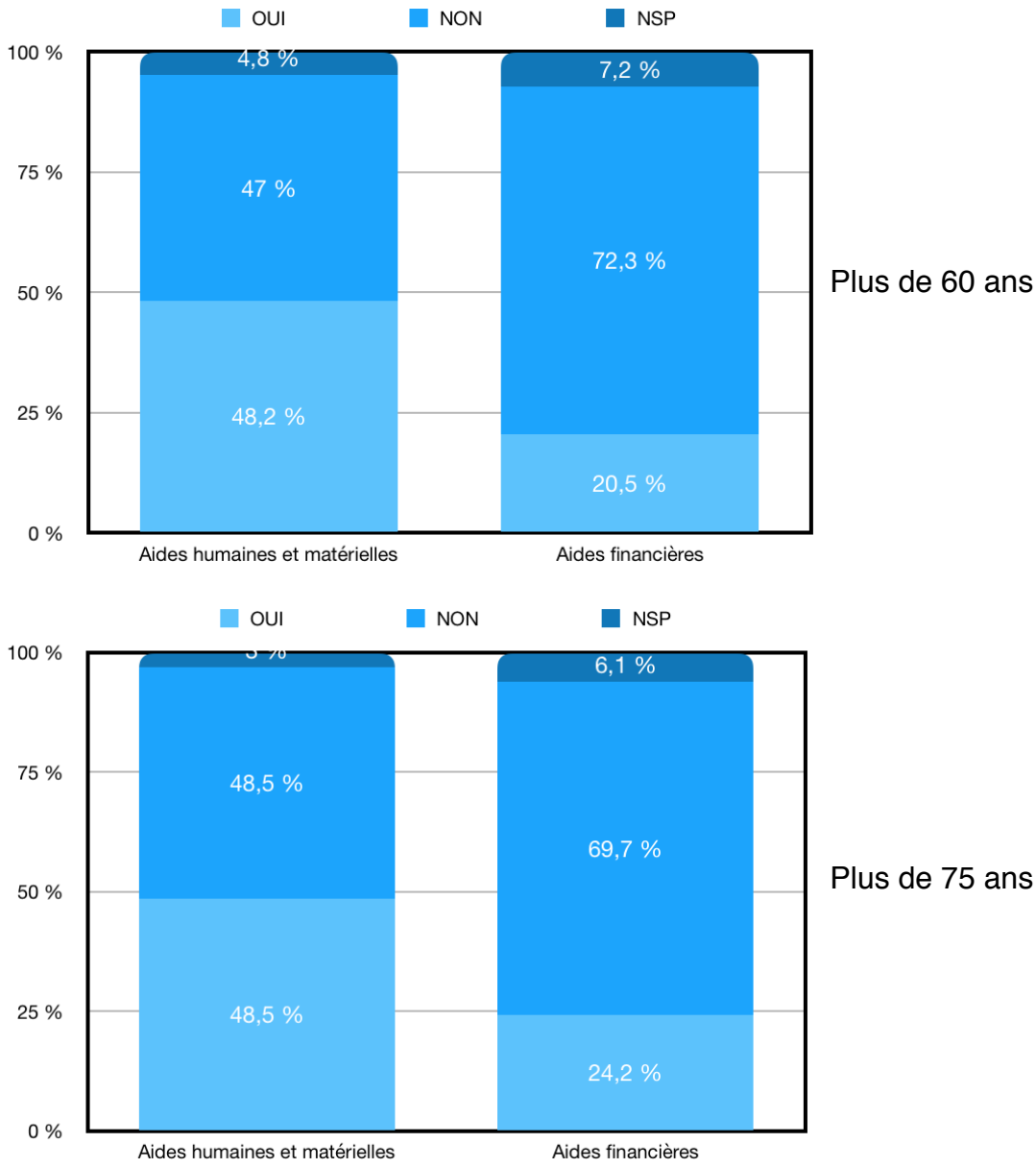


Tableau 4 : Indicateurs généraux : aides humaines, matérielles et financières

Cette répartition des aides humaines, matérielles et financières augmente avec l'âge de manière significative et logique. En effet, le niveau de dépendance, le taux de polypathologie et le nombre de patients seuls au domicile augmentent eux aussi avec l'âge et nécessitent très souvent une majoration des aides. A noter, un faible taux de données non disponibles, allant de 3 à 7,2 %, selon le type d'aides et la catégorie de patients.

2.2 Antécédents, pathologie principale et motif d'inclusion

La PTA a pour vocation principale la gestion de cas complexes, que cela relève d'une problématique sociale, médicale ou médico-sociale. La prise en charge de patients présentant des pathologies chroniques ou un tableau de polypathologie reflète d'une certaine complexité, en particulier sur le plan médical.

Si l'on s'intéresse aux résultats de cette étude, on retrouve 97,9 % des patients qui présentent au moins une pathologie chronique nécessitant un suivi médical régulier et 87,5 % de patients polypathologiques.

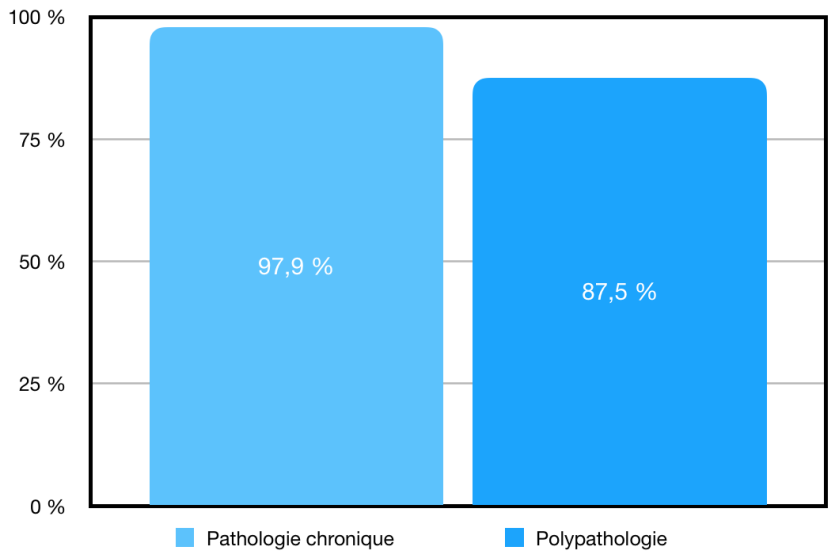
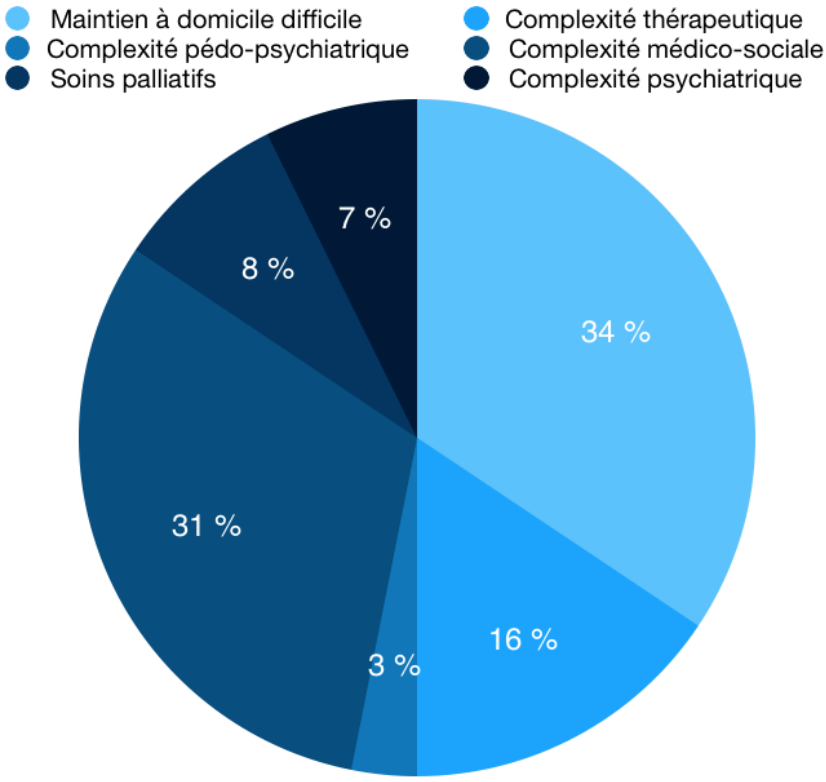


Tableau 5 : Indicateurs généraux : pathologie chronique et polypathologie

Concernant le motif principal d'inclusion, on retrouve les six catégories décrites précédemment : maintien à domicile difficile, complexité thérapeutique, complexité médico-sociale, complexité psychiatrique, complexité pédo-psychiatrique et soins palliatifs.

Si l'on s'intéresse à l'ensemble de la population incluse, on retrouve la répartition suivante : 34 % de maintien à domicile difficile, 16 % de complexité thérapeutique, 31 % de complexité médico-sociale, 7 % de complexité psychiatrique, 3 % de complexité pédo-psychiatrique et 8 % de soins palliatifs. Pour ce qui est des patients de plus de 60 ans, on retrouve : 40 % de maintien à domicile difficile, 16 % de complexité thérapeutique, 31 % de complexité médico-sociale, 4 % de complexité psychiatrique et 10 % de soins palliatifs. Enfin, concernant les patients de plus de 75 ans, la répartition est la suivante : 48 % de maintien à domicile difficile, 11 % de complexité thérapeutique, 29 % de complexité médico-sociale, 2 % de complexité psychiatrique et 11 % de soins palliatifs.



Ensemble

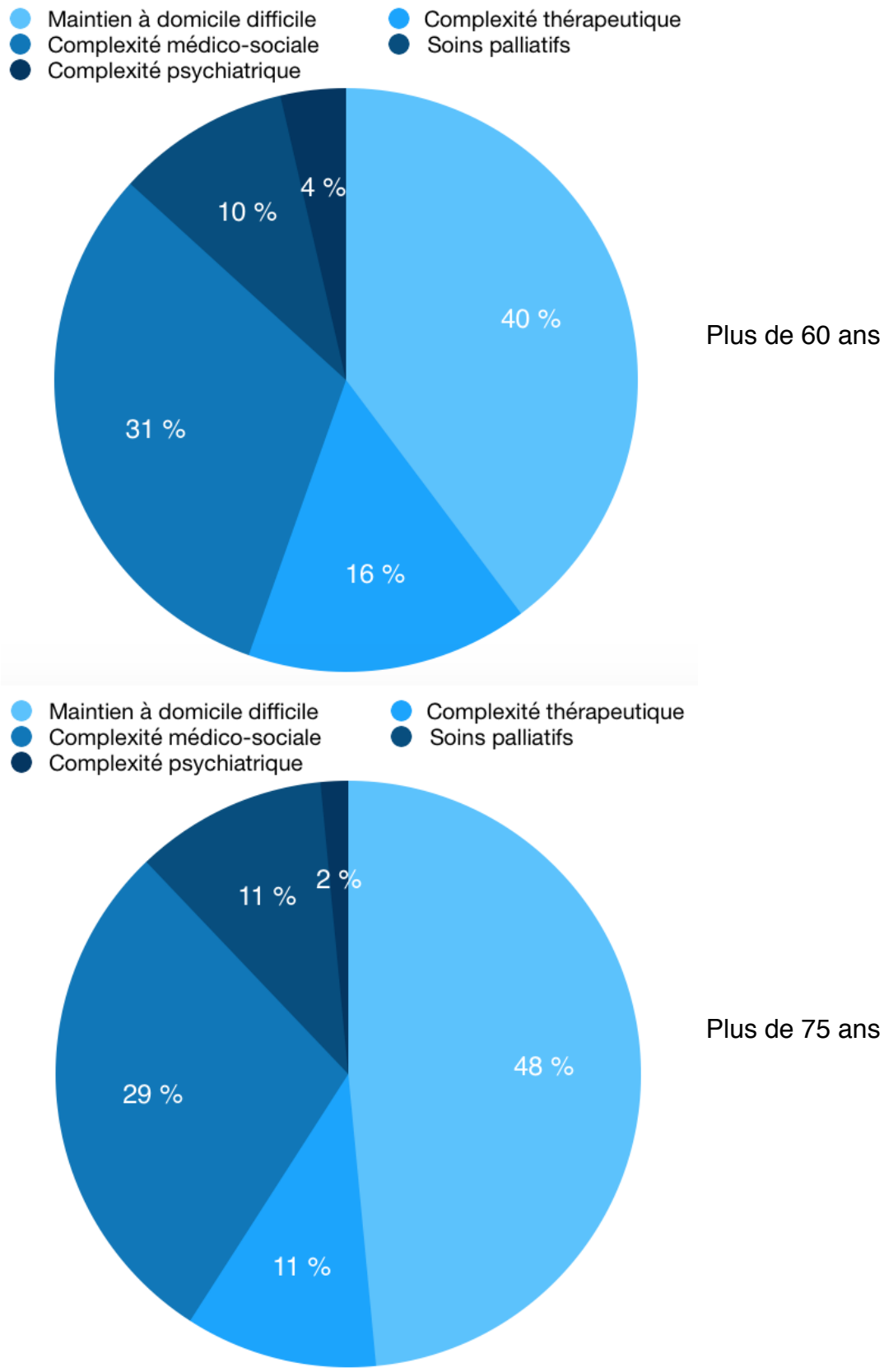


Tableau 6 : Indicateur principal : motif d'inclusion principal

Cette répartition des motifs principaux de recours à la PTA, selon l'âge de la population incluse, montre, logiquement, une majoration des problématiques de maintien à domicile difficile et de prise en charge palliative avec l'âge. A contrario, les problématiques psychiatriques touchent une population plus jeune.

Afin de mieux appréhender le travail pouvant être réalisé par une PTA, prenons désormais quelques exemples de patients pris en charge par l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche. Cela permettant d'avoir une idée plus concrète du profil, puis dans un second temps des problématiques et des solutions proposées pour ces patients :

- Exemple 1 : Homme de 81 ans, polypathologique (encéphalopathie alcoolique, cardiopathie ischémique, rythmique et hypertensive, alcoolisation chronique, hydrocéphalie à pression normale, néoplasie prostatique en refus de soins), vivant à domicile avec sa femme, pas d'aides en place et aucune démarche en cours. Terrain d'agressivité verbale et physique sur sa femme, lié à l'alcoolisation chronique. Demande d'inclusion dans la PTA pour maintien à domicile difficile suite à une hospitalisation récente pour fracture ischio-pubienne avec grabatisation, absence d'aides et épuisement de l'aidant, dans un contexte d'encéphalopathie dégénérative avec alcoolisme chronique.
- Exemple 2 : Femme de 71 ans, polypathologique (hypertension artérielle, arthrose diffuse, anxiété, néoplasie mammaire de découverte récente), vivant à domicile avec son mari et son fils, en milieu rural avec travail domestique important, pas d'aides en place. Découverte récente d'une néoplasie mammaire bilatérale nécessitant un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Demande d'inclusion dans la PTA pour complexité médico-sociale devant l'apparition d'une fragilité psychologique avec refus de soins de la néoplasie, et absence d'aides au domicile.
- Exemple 3 : Enfant de 4 ans, présentant un retard de développement dans un contexte de troubles du spectre autistique (retard du langage, troubles de la marche), vivant à domicile avec ses parents, quelques aides en place (suivi orthophonique notamment). Demande d'inclusion dans la PTA pour complexité pédo-psychiatrique devant une absence de suivi spécialisé, une problématique d'adaptation scolaire dans un contexte de difficultés émotionnelles, ainsi qu'une mauvaise coopération des parents dans la prise en charge de leur enfant.

2.3 Problématiques

Intéressons nous désormais plus spécifiquement aux problématiques mises en évidence dans cette étude par le biais des indicateurs de problématiques décrits précédemment. En effet ceux-ci permettent à l'équipe opérationnelle de la PTA d'affiner le profil du patient avec des catégories de problématiques qui permettront de mobiliser les ressources nécessaires, que ce soit dans le champ de l'environnement social et familial, de l'autonomie, ou médical.

Les problématiques mises en évidence dans le champ de l'environnement social et familial sont répartis de la manière suivante dans les 3 catégories de population :

- Epuisement ou souffrance de l'aidant : 20,8 % dans l'ensemble de la population, 22,9 % chez les plus de 60 ans et 24,2 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique a tendance à être corrélée avec l'âge. Elle peut correspondre à un niveau de dépendance majoré, ainsi qu'à une capacité (physique et / ou psychique) moindre de le part de l'aidant âgé.
- Notion d'isolement : 14,6 % dans l'ensemble de la population, 16,9 % chez les plus de 60 ans et 15,1 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une majoration de ce type de problématique chez les plus de 60ans, alors qu'elle a tendance à diminuer chez les plus de 75 ans, probablement en lien avec un taux d'institutionnalisation plus important dans cette tranche d'âge.
- Evolution de la vie sociale : 8,3 % dans l'ensemble de la population, 9,6 % chez les plus de 60 ans et 9,1 % chez les plus de 75 ans. Cette répartition dans les 3 catégories de population s'explique de la même manière que pour la problématique précédente.
- Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance ou de vulnérabilité : 6,2 % dans l'ensemble de la population, 3,6 % chez les plus de 60 ans et 4,5 % chez les plus de 75

ans. On retrouve une majoration du risque chez les moins de 60 ans s'expliquant par la présence de plusieurs patients mineurs, ainsi qu'une proportion plus importante de cas en lien avec une complexité psychiatrique. A noter une légère augmentation de ce taux chez les plus de 75 ans, pouvant être corrélée avec l'âge.

- Aides humaines ou financières insuffisantes : 67,7 % dans l'ensemble de la population, 74,7 % chez les plus de 60 ans et 77,3 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique représente la problématique la plus souvent relevée dans le champ de l'environnement social et familial, en nette relation avec l'âge des patients et leur niveau de dépendance.
- Problématique familiale compromettant le maintien à domicile ou les soins : 11,5 % de l'ensemble de la population, 12 % chez les plus de 60 ans et 15,1 % chez les plus de 75 ans. Ce taux est majoré de manière logique avec l'âge des patients inclus, leur niveau de dépendance et leur capacité à rester au domicile.
- Sentiment d'épuisement des professionnels : 4,2 % de l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 6,1 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique est en lien avec l'âge, les soins et le niveau de dépendance des patients.

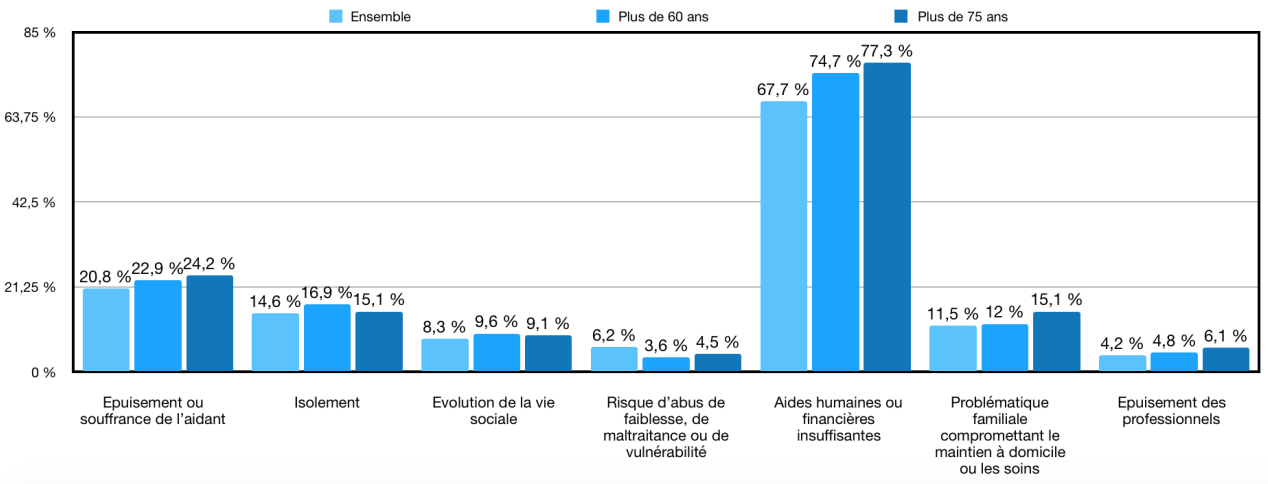


Tableau 7 : Indicateurs des problématiques : environnement social et familial

Si l'on s'intéresse désormais aux problématiques relevant du champ de l'autonomie, la répartition dans les 3 catégories de la population se fait de la manière suivante :

- Difficultés dans les actes essentiels de la vie : 41,7 % dans l'ensemble de la population, 48,2 % chez les plus de 60 ans et 54,5 % chez les plus de 75 ans.
- Difficultés dans les actes de la vie domestique : 57,3 % dans l'ensemble de la population, 66,3 % chez les plus de 60 ans et 71,2 % chez les plus de 75 ans.
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs : 59,4 % dans l'ensemble de la population, 68,7 % chez les plus de 60 ans et 74,2 % chez les plus de 75 ans. La répartition des taux de ces problématiques est en nette corrélation avec l'âge des patients, leur autonomie et leur niveau de dépendance.
- Refus d'aide et / ou de soins par la personne et / ou son entourage : 14,6 % dans l'ensemble de la population, 15,7 % chez les plus de 60 ans et 15,1 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique apparaît comme étant stable pour l'ensemble des catégories, sans lien avec l'âge des patients inclus.
- Difficultés de mobilisation : 44,8 % dans l'ensemble de la population, 50,6 % chez les plus de 60 ans et 57,6 % chez les plus de 75 ans. Comme pour les 3 premières problématiques de ce champ, on retrouve un lien fort avec l'âge, l'autonomie et le niveau de dépendance des patients.
- Logement inadapté ou dégradé : 7,3 % dans l'ensemble de la population, 8,4 % chez les plus de 60 ans et 6,1 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une majoration de cette problématique chez les plus de 60 ans, en lien avec une majoration du niveau de

dépendance et des difficultés dans l'entretien et la gestion du logement. Ce taux a tendance à diminuer chez les plus de 75 ans, probablement à cause d'un taux d'institutionnalisation plus important dans cette tranche d'âge.

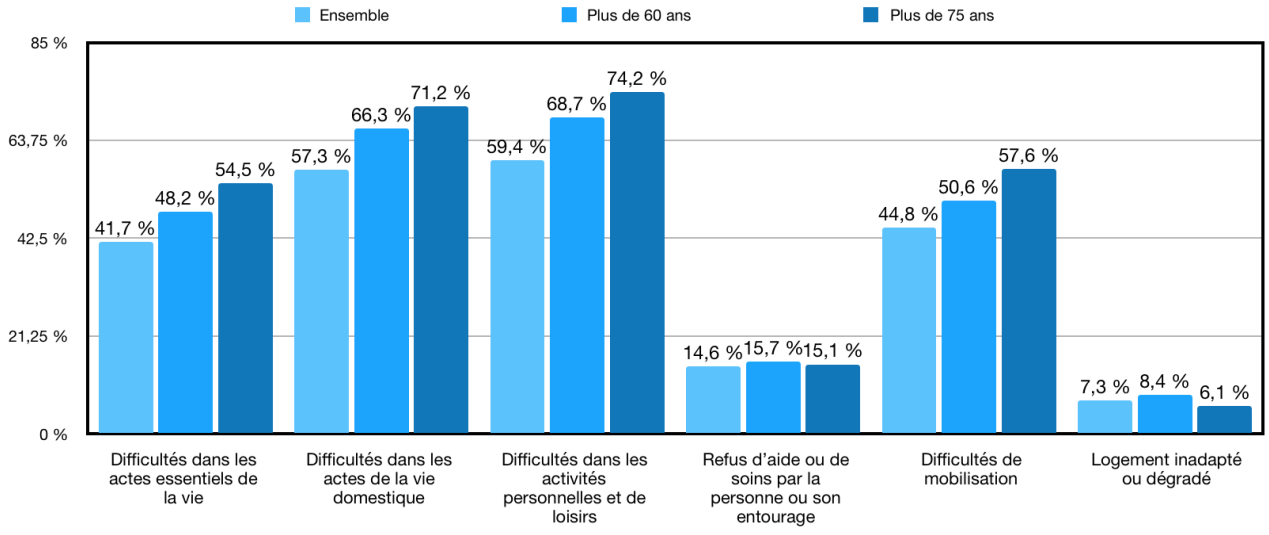


Tableau 8 : Indicateurs des problématiques : autonomie

Enfin, si l'on regarde les problématiques relevant du champ médical, celles-ci sont réparties de la manière suivante dans les 3 catégories de la population :

- Troubles cognitifs : 34,4 % dans l'ensemble de la population, 39,8 % chez les plus de 60 ans, 45,4 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique est corrélée de manière logique avec l'âge.
- Troubles du comportement : 31,2 % dans l'ensemble de la population, 27,7 % chez les plus de 60 ans, 27,3 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une légère prédominance chez les moins de 60 ans pouvant s'expliquer par une plus forte proportion de problématiques psychiatriques.
- Troubles sensoriels : 5,2 % dans l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 3 % chez les plus de 75 ans. Cet indicateur est relevé plutôt dans une population jeune.
- Troubles nutritionnels : 11,5 % dans l'ensemble de la population, 13,2 % chez les plus de 60 ans et 15,1 % chez les plus de 75 ans. On retrouve de nouveau une corrélation nette avec l'âge des patients inclus.
- Troubles addictifs : 8,3 % dans l'ensemble de la population, 6 % chez les plus de 60 ans et 3 % chez les plus de 75 ans.
- Suivi médical absent ou irrégulier : 19,8 % dans l'ensemble de la population, 15,7 % chez les plus de 60 ans et 9,1 % chez les plus de 75 ans. Ces 2 problématiques sont nettement mises en évidence chez les moins de 60 ans, avec une diminution progressive en fonction de l'âge. Cela peut s'expliquer par un plus faible taux de polypathologie dans ce groupe de patients, ainsi que par une négligence plus importante de leur état de santé.
- Grabatisation récente : 22,9 % dans l'ensemble de la population, 26,5 % chez les plus de 60 ans et 33,3 % chez les plus de 75 ans.
- Chutes à répétition : 12,5 % dans l'ensemble de la population, 14,5 % chez les plus de 60 ans et 16,7 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une corrélation de ces deux problématiques avec l'âge, l'autonomie et le niveau de dépendance des patients.
- Hospitalisations répétées : 15,6 % dans l'ensemble de la population, 14,5 % chez les plus de 60 ans et 18,2 % chez les plus de 75 ans. On remarque une légère prédominance de cette problématique chez les plus de 75 ans.
- Difficultés dans la gestion des médicaments : 12,5 % dans l'ensemble de la population, 14,5 % chez les plus de 60 ans et 12,1 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique est

légèrement majorée chez les plus de 60 ans. A noter qu'elle a tendance à diminuer chez les plus de 75 ans, probablement en lien avec un taux d'institutionnalisation plus fort.

- Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier : 75 % dans l'ensemble de la population, 74,7 % chez les plus de 60 ans et 69,7 % chez les plus de 75 ans. Cette problématique apparaît stable pour l'ensemble de la population, avec une légère diminution chez les plus de 75 ans. Celle-ci pouvant être en rapport avec les 2 indicateurs suivants.
- Symptôme physique ou psychique aigu : 47,9 % dans l'ensemble de la population, 49,4 % chez les plus de 60 et 50 % chez les plus de 75 ans.
- Sortie d'hospitalisation à programmer : 29,2 % dans l'ensemble de la population, 32,5 % chez les plus de 60 ans et 33,3 % chez les plus de 75 ans. Ces 3 problématiques mettent en évidence une majoration des symptomatologies aigus chez les personnes âgées (chute, hospitalisation, …), sans forcément être en rapport avec une pathologie chronique. Pathologie chronique dont le suivi peut avoir tendance à être négligé chez les plus jeunes.

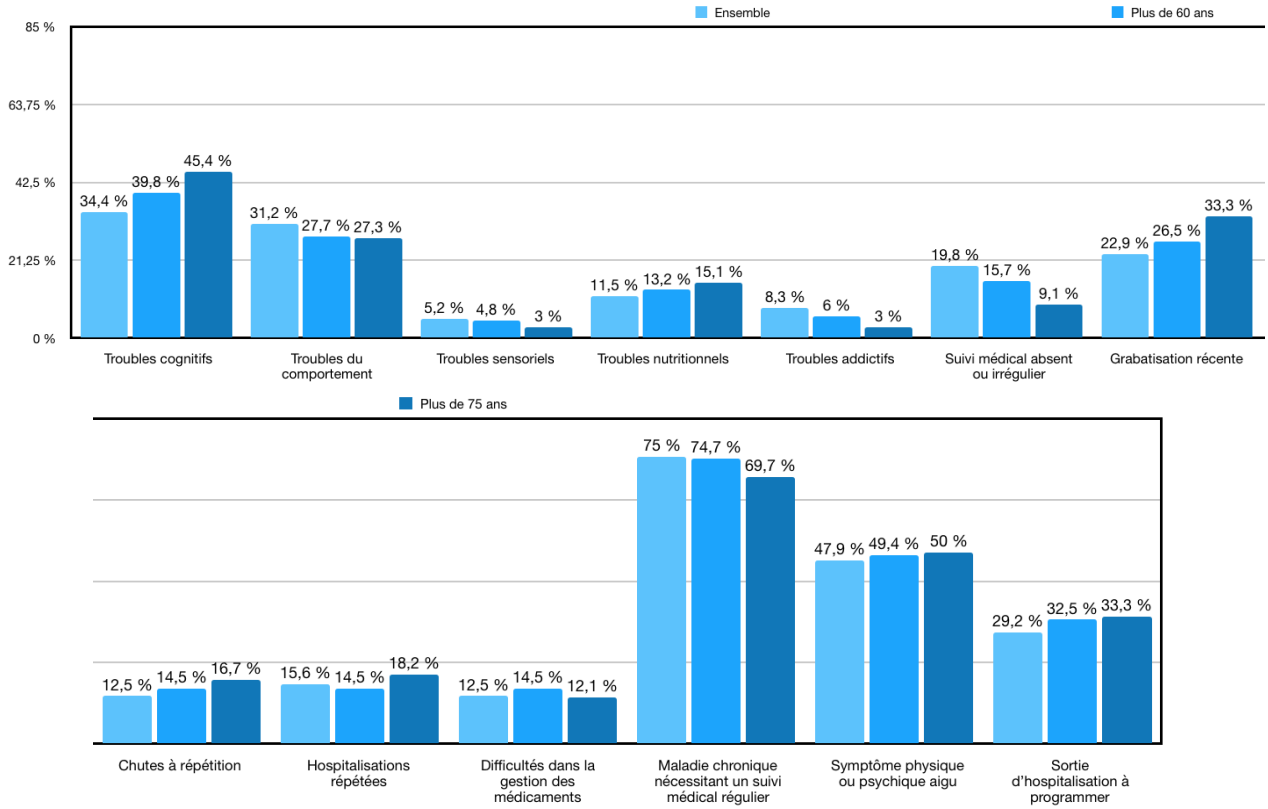


Tableau 9 : Indicateurs des problématiques : médical

Afin de conclure cette partie sur les problématiques relevées à l'aide des différents outils par l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche, reprenons celles qui ont été notifiées pour les patients pris en exemple précédemment :

- Exemple 1 : épuisement ou souffrance de l'aidant, aides humaines et financières insuffisantes, problématique familiale compromettant le maintien à domicile, difficultés dans les actes essentiels de la vie, les actes de la vie domestique et les activités personnelles et de loisirs, refus d'aides et de soins par la personne, difficultés de mobilisation, troubles cognitifs et du comportement, troubles nutritionnels, troubles addictifs, grabatisation récente, chutes et hospitalisations répétées, difficultés dans la gestion des médicaments et maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier.
- Exemple 2 : aides humaines et financières insuffisantes, difficultés dans les actes de la vie domestique et dans les activités personnelles et de loisirs, difficultés de mobilisation, maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier et symptôme psychique aigu.

- Exemple 3 : aides humaines et financières insuffisantes, refus d'aides et de soins par l'entourage, difficultés de mobilisation, troubles du comportement et sensoriels, suivi médical absent ou irrégulier, maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier.

2.4 Solutions

Après étude du dossier d'inclusion et repérage des indicateurs de problématiques, l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche établit de manière pluridisciplinaire un PPA, en accord avec le médecin traitant. Celui-ci a pour but de proposer des solutions aux problématiques mises en évidence, grâce à la mobilisation des différents acteurs du système de santé du territoire relevant des secteurs sanitaire, social et médico-social. Un suivi régulier est réalisé par les IDE coordonnateurs et l'assistante administrative afin de mettre à jour le plus régulièrement possible le PPA en fonction de l'avancer des démarches.

Au cours de cette étude, les solutions proposées par l'équipe de la PTA étant diverses et variées, des indicateurs de solutions ont été crées afin d'établir des résultats statistiques exploitables. Les solutions des 3 cas complexes pris en exemple dans cette étude seront développées en fin de partie.

Les solutions proposées aux patients inclus dans le champ de l'environnement social et familial sont réparties de la manière suivante entre les 3 catégories de population :

- Mise en place de mesures de protection : 6,2 % dans l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 4,5 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une prédominance chez les moins de 60 ans pouvant s'expliquer par la présence de mineurs, une plus grande part de cas à complexité psychiatrique, ainsi que des démarches déjà réalisées chez les patients les plus âgés.
- Bilan et suivi social : 63,5 % dans l'ensemble de la population, 66,3 % chez les plus de 60 ans et 66,7 % chez les plus de 75 ans. Cette prise en charge sociale représente une part importante et indispensable de la prise en charge des patients en situation complexe, avec une légère corrélation liée à l'âge.
- Demande d'institutionnalisation : 35,4 % dans l'ensemble de la population, 41 % chez les plus de 60 ans et 47 % chez les plus de 75 ans. Cet indicateur est logiquement corrélé à l'âge des patients et à leur niveau d'autonomie au domicile.
- Adaptation de l'activité professionnelle ou scolaire : 4,2 % dans l'ensemble de la population, 0 % chez les plus de 60 ans et de 75 ans. Cette solution est logiquement représentée chez les mineurs et les actifs ayant besoin d'une adaptation de leur activité.

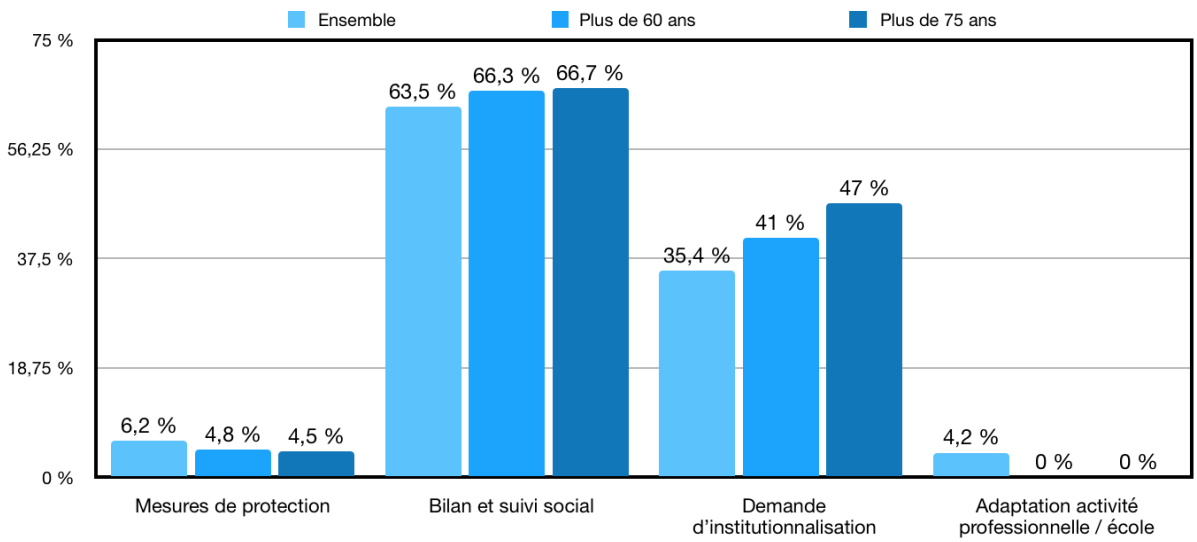


Tableau 10 : Indicateurs des solutions : environnement social et familial

Concernant les indicateurs de solutions relatifs au champ de l'autonomie, leur répartition dans les 3 catégories de population se fait de la manière suivante :

- Mise en place ou majoration des aides pour les actes essentiels de la vie : 28,1 % dans l'ensemble de la population, 32,5 % chez les plus de 60 ans et 34,8 % chez les plus de 75 ans.
- Mise en place ou majoration des aides pour les actes de la vie domestique : 41,7 % dans l'ensemble de la population, 48,2 % chez les plus de 60 ans et 48,5 % chez les plus de 75 ans.
- Mise en place ou majoration des aides pour la mobilisation : 32,3 % dans l'ensemble de la population, 36,1 % chez les plus de 60 ans et 39,4 % chez les plus de 75 ans. Les résultats de ces 3 indicateurs de solutions sont en nette corrélation avec l'âge, l'autonomie et le niveau de dépendance des patients inclus.
- Adaptation du logement : 5,2 % dans l'ensemble de la population, 6 % chez les plus de 60 ans et 4,5 % chez les plus de 75 ans. Comme pour la problématique liée au logement, on retrouve une majoration de cet indicateur chez les plus de 60 ans, en rapport avec une majoration du niveau de dépendance, des besoins d'adaptation du logement et d'aides dans la gestion de celui-ci. Ce taux a tendance à diminuer chez les plus de 75 ans, probablement en lien avec un taux d'institutionnalisation plus important dans cette tranche d'âge.

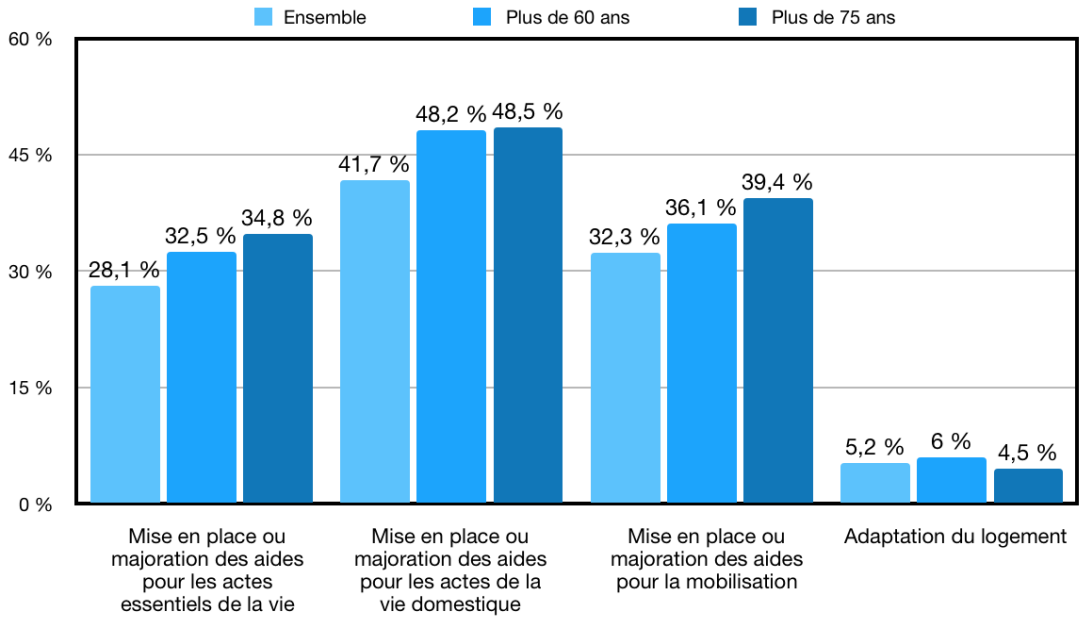


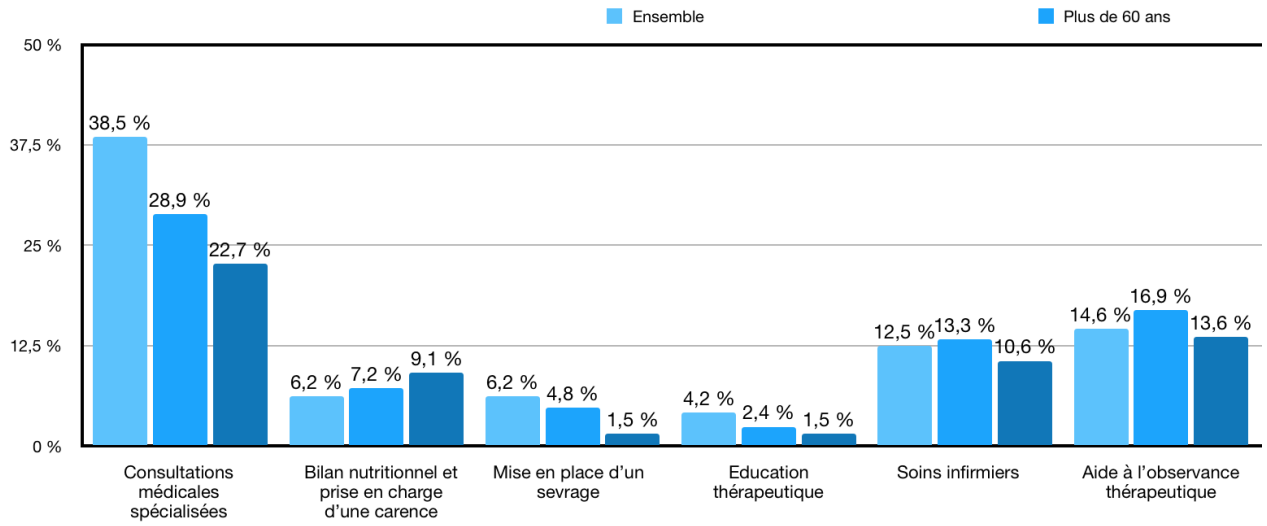
Tableau 11 : Indicateurs des solutions : autonomie

Enfin, si l'on s'intéresse aux indicateurs de solutions proposés aux différentes catégories de population dans le champ médical, on retrouve les résultats suivants :

- Organisation de consultations médicales spécialisées : 38,5 % dans l'ensemble de la population, 28,9 % chez les plus de 60 ans et 22,7 % chez les plus de 75 ans. Cette répartition des taux montre une majoration des besoins chez les plus jeunes, notamment en lien avec un suivi médical plus irrégulier et des ruptures de parcours.
- Bilan nutritionnel et prise en charge d'une carence : 6,2 % dans l'ensemble de la population, 7,2 % chez les plus de 60 ans et 9,1 % chez les plus de 75 ans. Cet indicateur est corrélé à l'âge des patients et au risque majoré de dénutrition et de carences chez la personne âgée.
- Mise en place d'un sevrage : 6,2 % dans l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 1,5 % chez les plus de 75 ans. On retrouve un besoin de sevrage plus

important chez les jeunes, correspondant aux résultats de la problématique des troubles addictifs.

- Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique : 4,2 % dans l'ensemble de la population, 2,4 % chez les plus de 60 ans et 1,5 % chez les plus de 75 ans. Comme pour l'organisation de consultations médicales spécialisées, on retrouve une prédominance de cet indicateur dans la tranche de la population la plus jeune.
- Mise en place de soins infirmiers : 12,5 % dans l'ensemble de la population, 13,3 % chez les plus de 60 ans et 10,6 % chez les plus de 75 ans.
- Mise en place d'une aide à l'observance thérapeutique : 14,6 % dans l'ensemble de la population, 16,9 % chez les plus de 60 ans et 13,6 % chez les plus de 75 ans.
- Réévaluation d'ordonnance : 30,2 % dans l'ensemble de la population, 31,3 % chez les plus de 60 ans et 25,8 % chez les plus de 75 ans. Pour ces 3 indicateurs, on retrouve une majoration des besoins chez les plus de 60 ans s'expliquant par un niveau de polypathologie et de soins nécessaires plus élevés, ainsi que par des ordonnances souvent plus complexes. Ces taux ont tendance à diminuer chez les plus de 75 ans, probablement en lien avec un taux d'institutionnalisation plus important dans cette tranche d'âge.
- Coordination des soins ville-hôpital : 39,6 % dans l'ensemble de la population, 31,3 % chez les plus de 60 ans et 28,8 % chez les plus de 75 ans. Cet indicateur est retrouvé majoritairement dans une tranche d'âge jeune de la population, en lien avec une rupture de suivi ou un manque de coordination dans les soins.
- Mise en place d'un soutien psychologique, d'un suivi CMP : 12,5 % dans l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 0 % chez les plus de 75 ans. On retrouve une nette prédominance de cet indicateur chez les moins de 60 ans pour lesquels les taux de problématiques psychologique ou psychiatrique sont plus importants.
- Organisation d'une prise en charge en SSR : 12,5 % dans l'ensemble de la population, 14,5 % chez les plus de 60 ans et 18,2 % chez les plus de 75 ans. Cet indicateur est corrélé à l'âge et à l'autonomie des patients, ainsi qu'à leur capacité de récupération moindre suite à une hospitalisation.
- Organisation d'une prise en charge en HAD : 4,2 % dans l'ensemble de la population, 4,8 % chez les plus de 60 ans et 4,5 % chez les plus de 75 ans. Ce taux apparaît stable pour l'ensemble des patients inclus.



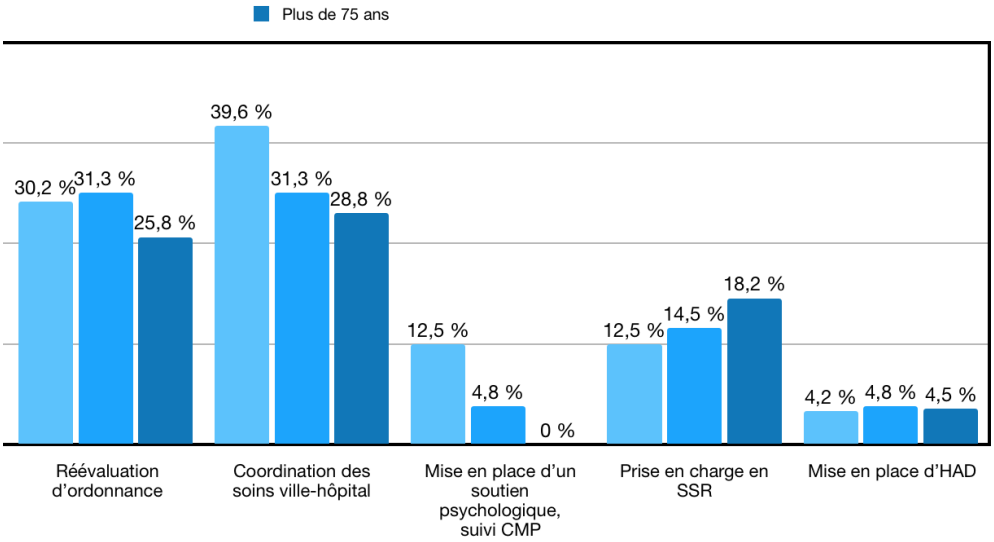


Tableau 12 : Indicateurs des solutions : médical

En conclusion de cette partie sur les indicateurs de solutions proposés par l'équipe opérationnelle de la PTA dans la gestion de cas complexes, reprenons les 3 exemples précédents afin d'énumérer les solutions mises en place de manière concrète :

- Exemple 1 : Pour ce patient, il a été nécessaire d'organiser une consultation médicale spécialisée de neurologie afin de réévaluer son état cognitif. Cela a permis d'aboutir à la mise en place d'une mesure de protection juridique par curatelle. Devant l'état de grabatisation récente du patient et la problématique de maintien à domicile, une demande d'institutionnalisation a été réalisée, ainsi qu'un bilan social afin de revoir le plan d'aides (notamment les aides à domicile en attendant la prise en charge en EHPAD). Ce patient a également bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle et d'un sevrage alcoolique. En complément de cela, un passage infirmier pour les soins et la prise de médicament (après réévaluation de son ordonnance), ainsi que des séances de kinésithérapie pour limiter les risques de chutes, ont été mis en place.
- Exemple 2 : Pour cette patiente, il a été nécessaire de réaliser un bilan social afin de mettre en place des aides pour les actes de la vie domestique notamment. Afin de soulager la patiente, une consultation médicale spécialisée a également été organisée afin de réaliser une infiltration de son genou droit. Concernant la prise en charge de son anxiété liée à la découverte d'une néoplasie mammaire, un suivi psychologique a été mis en place permettant à la patiente d'accepter la prise en charge de sa néoplasie.
- Exemple 3 : Pour cet enfant, devant la présence de troubles du spectre autistique, une prise en charge médicale spécialisée à été mise en place avec coordination des soins entre ville et hôpital (consultations spécialisées, prise en charge au CAMPS et en hôpital de jour, passage infirmier hebdomadaire). Un bilan social a également été réalisé afin de mettre en place des aides (notamment demande d'AVS et d'AEH auprès de la MDPH), ainsi qu'une adaptation de l'activité scolaire.

2.5 Durée d'inclusion :

Une fois les problématiques du cas complexe mises en évidence et solutionnées par l'équipe opérationnelle de la PTA, le dossier du patient peut être clôturé. Il n'est malheureusement pas toujours évident pour les membres de l'équipe de déterminer le moment opportun de la clôture d'un dossier (niveau d'aides suffisants, risque de rechute, adhésion du patient, …). Devant un trop grand nombre de cas complexes toujours en filière active, la réalisation de statistiques sur la durée d'inclusion n'a pas pu être possible dans cette étude.

3. Discussion :

3.1 Méthodologie :

Cette étude épidémiologique, observationnelle, a permis d'étudier les premiers cas complexes pris en charge par l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche afin de mettre en évidence les profils des patients, leurs problématiques et les solutions proposées. Cela a également eu pour but de proposer des optimisations dans le fonctionnement de la plateforme en améliorant les outils utilisés et en déterminant les points de rupture dans le parcours de santé du patient.

Un total de 96 patients ont été inclus sur une période de 6 mois. Malgré un nombre de dossiers satisfaisants, cette phase d'inclusion peut être discutable pour plusieurs raisons :

- Elle a débuté dès le lancement de la plateforme, le 15 Décembre 2017, alors que cette dernière était encore en phase de déploiement (problématique d'organisation, redondance des outils utilisés, …).
- La majorité des dossiers a été inclus par le biais des 3 PLSA opérateurs. Une minorité de ces dossiers est à l'origine de demandes extérieures à la plateforme, en partie du fait d'une communication tardive auprès des professionnels de santé en Avril 2018, mais aussi d'un souhait de l'équipe opérationnelle d'une montée en charge progressive de la plateforme.
- Une partie des patients a été recrutée directement par le biais des autres activités des médecins opérateurs de la PTA : EHPAD, SSR, hôpital local, … Cela a pu influer sur les profils des patients, leur niveau de complexité, de dépendance, et par la même occasion sur les problématiques mises en évidence chez ces patients.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux outils utilisés lors de cette étude, plusieurs points de discussion sont également à souligner :

- Ces outils ont évolué depuis le lancement de la plateforme et donc depuis le début de la phase d'inclusion. En effet, les premiers dossiers de cas complexes ont principalement été recueillis par le biais de la demande d'inclusion papier, alors que les FAOS ont été développés et utilisés dans un second temps. Ces derniers ont l'avantage d'être plus complets, avec notamment la mise en évidence d'alertes utilisées comme indicateurs de problématiques dans cette étude. Ces indicateurs ne sont pas autant clairement définis dans les dossiers n'utilisant que la demande d'inclusion.
- L'absence initiale de formation des IDE coordonateurs à l'utilisation de certains outils comme le repérage des points d'alertes grâce au FAOS ou encore l'intégration des antécédents du patient au format CIM-10 (simplifié) dans son dossier médical. Une certaine disparité peut apparaître selon que ces données aient été remplies ou complétées par les IDE coordonateurs, ou les médecins qui ont une plus grande expérience dans la gestion, la coordination et l'utilisation de ce type d'outils.
- Un manque de temps administratif de l'ensemble de l'équipe opérationnelle de la PTA concernant le remplissage et le suivi des actions réalisées dans les PPA, indispensables à la détermination des indicateurs de solutions dans cette étude.

3.2 Résultats :

L'analyse des cas complexes dans cette étude observationnelle a permis d'affiner les profils des patients ayant recours à la PTA du Sud-Manche.

Ce territoire est doté d'une population âgée, avec pour rappel un indice de vieillissement de 120,4 (contre 74,1 en France), une part des 60-74 ans qui représente 19,03 % de la population et une part des plus de 75 ans qui représente 14,37 % de la population. Les patients inclus dans cette étude sont également en très grande majorité âgés et donc représentatifs de la population du Sud-

Manche avec une moyenne d'âge de 74,98 ans. La part des plus de 60 ans étant, elle, largement supérieure à celle du territoire avec un taux de 86,4 %, tout comme celle des plus de 75 ans avec un taux 68,7 %. Cette population âgée représente d'ailleurs une part importante des hospitalisations conventionnelles (51,5 % chez les plus de 60 ans et 31,2 % chez les plus de 75 ans), des hospitalisations en SSR (96,6 % chez les plus de 60 ans et 86 % chez les plus de 75 ans) et des passages aux urgences (22 % chez les plus de 75 ans) sur ce territoire.

Si l'on s'intéresse au mode de vie, on retrouve une part importante de patients vivants seuls au domicile, et ce d'autant plus qu'ils sont âgés. Pour comparaison, au niveau du Sud-Manche, les plus de 75 ans vivants seuls au domicile représentent 42,5 %, alors qu'ils sont 47 % dans cette étude.

Concernant les aides humaines, matérielles et financières, on retrouve une part non négligeable de patients bénéficiant déjà d'aides parmi les patients inclus, souvent insuffisantes. En effet si l'on prend l'exemple de l'APA, la part de bénéficiaires chez les plus de 60 ans dans le département de la Manche est de 7,3 % alors que le pourcentage de bénéficiaires d'aides financières (pour la même tranche d'âge) dans cette étude dépasse la barre des 20 %.

A noter que l'on retrouve également un nombre de cas complexes présentant une pathologie chronique et / ou un tableau de polypathologie très important, avec des taux respectifs de 97,9 % et 87,5 %.

Tous ces éléments sont des facteurs de complexité, de fragilité et de vulnérabilité expliquant l'inclusion de ces patients auprès de la PTA du Sud-Manche.

L'analyse des indicateurs de problématiques et de solutions utilisées dans cette étude permet de définir deux profils types de cas complexes ayant recours à la PTA.

Le premier est celui d'un patient âgé qui présente une problématique à type de maintien à domicile difficile ou de soins palliatifs. Ce patient est isolé ou vit avec un aidant épuisé. Les aides à domicile sont très souvent insuffisantes, voire inexistantes. Il présente un tableau de perte d'autonomie voire de grabatisation, en lien avec plusieurs facteurs favorisants (chutes et hospitalisations à répétition, troubles cognitifs, …), et pouvant être secondaires à un épisode aigu. Celui-ci nécessite la réalisation d'un bilan social afin de mettre en place ou majorer les aides humaines, matérielles et financières au domicile. Dans certains cas, une prise en charge en SSR ou une demande d'institutionnalisation peut s'avérer nécessaire.

Le second est celui d'un patient plus jeune qui présente une problématique de complexité psychiatrique ou pédo-psychiatrique. Il présente une maladie chronique et / ou une addiction nécessitant un suivi médical régulier qui est souvent absent ou irrégulier, favorisant les ruptures de parcours. Celui-ci nécessite la mise en place d'actions de coordination de son parcours de santé : consultations médicales spécialisées, éducation thérapeutique, mesures de protection juridique, …

Cette étude a permis de mettre en évidence des parcours de santé aussi complexes que variés. Afin de limiter les hospitalisations pour favoriser le maintien à domicile des patients aussi longtemps que possible et prévenir les ruptures de parcours, la PTA du Sud-Manche a un rôle important et central à jouer, en partenariat avec tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social du territoire.

3.3 Biais :

Cette étude observationnelle des cas complexes prise en charge par la PTA du Sud-Manche présente les biais suivants :

- Un biais de sélection : secondaire à une inclusion majoritaire par l'intermédiaire des 3 PSLA et des 5 médecins opérateurs.
- Un bais d'information : secondaire à l'évolution des outils au cours du déploiement de la plateforme, ainsi que la disparité des informations collectées dans certains dossiers (FAOS, PPA).

- Un biais de confusion : secondaire aux deux biais précédents.

3.4 Axes d'évolution :

Les Plateformes Territoriales d'Appui sont des entités nouvelles dont les principes de fonctionnement sont amenés à évoluer dans les années à venir. Afin d'améliorer et de fluidifier le parcours de soins du patient complexe, plusieurs propositions peuvent être émises à l'équipe opérationnelle de la PTA du Sud-Manche, suite à cette étude sur les cas complexes pris en charge par leurs soins. Ces réflexions sont les suivantes :

- Libération de temps administratif pour l'ensemble de l'équipe opérationnelle afin d'optimiser le suivi, la mise à jour des PPA, ainsi que la clôture des dossiers : par exemple en augmentant le temps de travail de l'assistante administrative au sein de la structure ou en recrutant un second assistant.
- Formation des IDE au métier de coordonateur : ceux-ci vont d'ailleurs bénéficier de la formation PACTE en soins primaires, initiée par l'ARS et l'EHESP.
- Formation de l'assistante administrative aux démarches dans le champ de l'environnement social ou recrutement d'une assistante sociale : indispensable devant la forte proportion de problématiques sociales devant être gérer par la plateforme.
- Mise en place d'outils qualité : certains sont déjà en cours de déploiement comme des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels ou le développement du logiciel Intraqual en partenariat avec le GHT.
- Evaluation de l'impact financier de la structure en matière d'économie de santé (limitation des passages aux urgences, des hospitalisations, amélioration du parcours de soins du patient, …).

Conclusion

Les Plateformes Territoriales d'Appui sont des entités nouvelles définies par la loi de modernisation du système de santé, et notamment par l'article 74 de la loi n° 2016-47 du 26 janvier 2016. Elles ont pour fonction principale un rôle d'appui aux professionnels de santé, et notamment aux médecins généralistes et aux équipes de soins primaires, dans la gestion et la coordination de parcours de soins complexes. Leurs trois missions principales sont les suivants :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

La PTA du Sud-Manche, lancée depuis le 15 Décembre 2017, a été initiée sous l'impulsion de 5 médecins généralistes issus de 3 PSLA, et du GHT Mont-Saint-Michel. Ces acteurs, ancrés dans le territoire du Sud-Manche et ayant une grande connaissance de celui-ci, ont également une bonne expérience dans les domaines de la coordination et du travail en équipe pluridisciplinaire.

Ils ont su constituer une équipe opérationnelle expérimentée et complémentaire pour répondre au mieux aux demandes des équipes de soins primaires dans ce territoire majoritairement rural, à la population vieillissante. Plusieurs composantes et partenaires ont également montré leur intérêt au développement de cette plateforme, et notamment le MAIA du Sud-Manche, avec le partage de nombreux outils indispensables à la gestion et à la coordination de cas complexes.

Depuis le déploiement de la plateforme, l'équipe opérationnelle a également du faire preuve d'innovation, de réactivité et d'adaptation pour répondre à de nombreuses problématiques : organisation et gestion de l'équipe, établissement et gestion d'un budget, développement des outils informatiques et de coordination, respect du secret médical et des droits du patient, communication auprès des différents acteurs du territoire, … Dans un désir d'optimisation du parcours de soins des patients, les membres de l'équipe continuent de développer des outils en se projetant vers l'avenir (SNAC, télémédecine, …).

A l'heure actuelle, plus de 100 patients ont été inclus et pris en charge par la PTA du Sud-Manche. Ces cas, aussi complexes que variés, ont permis de définir au mieux les profils, les problématiques et les points de rupture de suivi. L'équipe opérationnelle a ainsi pu proposer les solutions les plus adaptées à leur prise en charge en mobilisant de nombreux acteurs du territoire dans les domaines sanitaire, social et médico-social.

La chronicisation des maladies, l'allongement de l'espérance de vie ou encore le souhait des patients de continuer à vivre chez eux, nécessite une évolution des pratiques, notamment pour les patients les plus complexes, afin de soulager les équipes de soins primaires. Pour répondre à ces nouveaux défis, le développement de Plateformes Territoriales d'Appui est important, notamment dans les territoires qui présentent des problématiques d'accès aux soins.

Bibliographie

1. Agence Nationale d'Appui à la Performance
Systeme_information_territorial_parcours_et_coordination_Tome_1_Schema_general [Internet]
http://www.calameo.com/read/00239533154423e7221b9

2. Agence Nationale d'Appui à la Performance
Organisations_territoriales_au_service_de_la_coordination_T1 [Internet]
http://www.calameo.com/read/002395331c6f85287896c

3. Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANAP_Mission et organisation PTA.pdf [Internet]
http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-2-mise-en-oeuvre-des-missions-et-organisation-dune-plateforme-territoriale-dappui/

4. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
Document d'orientation et d'appui-Nouvelle Aquitaine-DEF.pdf [Internet]
https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PTA-document%20d%27orientation%20et%20d%27appui-Nouvelle%20Aquitaine-DEF.pdf

5. Agence Régionale de Santé
Plan de communication PTA ARS nouvelle aquitaine.pdf Document non publié

6. Agence Régionale de Santé
Projet régional de santé (PRS) de Normandie : l'ARS lance la consultation réglementaire [Internet]
http://www.normandie.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-de-normandie-lars-lance-la-consultation-reglementaire

7. Agence Régionale de Santé
PORTRAIT_COMPLET_manche (1).xlsx Document non publié

8. Agence Régionale de Santé Normandie
Les structures de coordination (PTA) [Internet]
https://www.normandie.ars.sante.fr/les-structures-de-coordination-pta

9. Agence Régionale de Santé Normandie
Cahier des charges PTA Normandie [Internet]
https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/20170327_CAHIER_DES_CHARGES_PTA.pdf

10. Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Données Sud Manche .xlsx Document non publié

11. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]
https://demographie.medecin.fr/mobile.php#listindics

12. Code de la Santé Publique
Code de la Santé Publique - Article D6124-25 [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916986&dateTexte=&categororieLien=cid

13. Code de la Santé Publique
Code de la Santé Publique - Article L1110-4 [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000036515027&dateTexte=&categorieLien=cid

14. Code de la Santé Publique
Code de la Santé Publique - Article L1111-6 [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685772&dateTexte&categorieLien=cid

15. Data-Dress Dr [Internet]
http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_C

16. Décret n°2016-919 du 4 Juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.
JORF n°0156 du 6 Juillet 2016 texte n°23 [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo

17. Décret n°2016-1067 du 3 Août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/3/AFSP1618421D/jo

18. Diagnostic Territorial MAIA Sud Manche Document non publié

19. Historique de la PTA du Sud Manche Document non publié

20. Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo

21. Loi n°2007-131 du 31 Janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055371&dateTexte=20180927

22. Loi n°2018-493 du 20 Juin 2018 relative à la protection des données personnelles [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte

23. MAIA Manche [Internet]
http://www.maia-manche.fr/

24. Normand'e-santé [Internet]
http://www.normand-esante.fr/

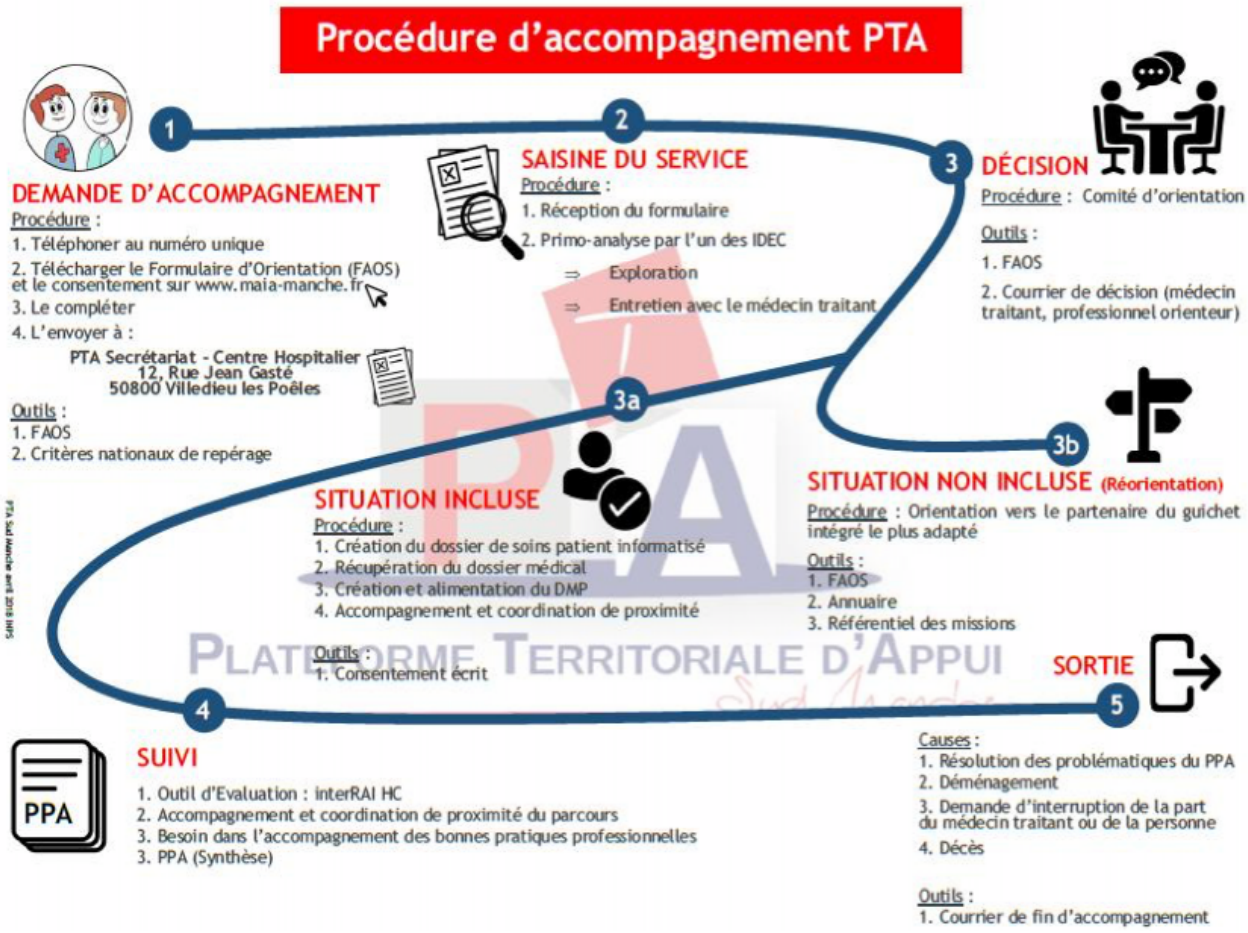
25. Observatoire des territoires [Internet]
http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/mobile.php#themesdom

26. PTA Sud-Manche [Internet]
https://www.app-esante.fr/minisite_56/

27. Réponse à l'appel à projet « déploiement d'une plateforme territoriale d'appui dans le territoire du Sud-Manche » Document non publié

Annexes

Annexe 1 : Procédure d'accompagnement PTA



Annexe 2 : Flyer remis au aux professionnels du territoire

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI
Sud Manche

Pilote PTA
PSLA de Villedieu-les-Poêles
Tél. : 02.33.91.44.49

Secrétariat PTA
Patricia ANNE
Tél. : 02.33.91.44.49
p.anne@hopital-villedidieu.fr

Opérateurs
PSLA de Villedieu-les-Poêles
PSLA de Granville
PSLA de Saint James
GHT du Mont Saint Michel

Service de gestion de cas
Myriam DELAUNAY-BARBOT
Richard DELABROISE

Pour toute demande d'accompagnement par le service de gestion de cas sur le territoire du Sud Manche,

UN SEUL NUMERO RESERVÉ AUX PROFESSIONNELS :
02.33.91.44.49

UN FORMULAIRE UNIQUE D'ANALYSE ET D'ORIENTATION DES SITUATIONS RESERVÉ AUX PROFESSIONNELS
À télécharger sur le site : www.maia-manche.fr

Et à renvoyer par courrier à :
PTA Sud Manche
Centre Hospitalier de Villedieu-les-Poêles
12, rue Jean Gasté 50800 VILLEDIEU-LES-POELES - ROUFFIGNY

Annexe 3 : Demande d'inclusion

Sud Manche

Demande d'inclusion

Date de la demande : / /

Identification du patient.

Nom : Prénom :

Nom naissance : Né(e) le :

N°SS :

Adresse :

Code Postal/Commune :

Téléphone :

Mobile: Mail :

DMP (dossier médical partagé) oui ☐ non ☐

Lieu où se trouve la personne à la date de la demande d'inclusion

Domicile principal ☐ Hôpital ☐ Date prévisionnelle de sortie : / /

Autre

Personne de l'entourage : à prévenir ☐ de confiance ☐

Nom Prénom

Qualité Adresse

Téléphone Mobile

Mail

Médecin généraliste : Demandeur de l'inclusion ☐ contacté ☐ d'accord ☐

Nom Prénom

Adresse Téléphone

Mail

Sud Manche

Demande d'inclusion

Médecin hospitalier : Demandeur de l'inclusion ☐ contacté ☐ d'accord ☐

Nom Prénom Qualité

Etablissement Service

Adresse Téléphone

Fax Mail

Autres professionnels : Demandeur de l'inclusion ☐ contacté ☐ d'accord ☐

Nom Prénom

Profession Adresse

Téléphone Mobile

Fax Mail

Professionnels déjà en place au domicile ou prévus

Ide libérale ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ ADMR ☐ Service sociale ☐

Pharmacien ☐ Autres ☐

.....

.....

Conditions de vie

Seul ☐ entouré ☐ autonome ☐ dépendant ☐ grabataire ☐

Sud Manche

Demande d'inclusion

Motif de la demande d'inclusion :

Complexité oncologique	☐	Complexité pédopsychiatrique	☐
Complexité psychiatrique	☐	Complexité sociale	☐
Complexité thérapeutique	☐	Symptômes difficiles à contrôler	☐
Soins infirmiers	☐	Soins palliatifs	☐

Précision :

.....
.....
.....
.....

Pathologie(s) principale(s)

Merci de joindre un compte-rendu médical complet avec

- Antécédents /allergie
- Traitements

Soins curatifs oui ☐ non ☐ **Soins Palliatifs** oui ☐ non ☐

Que sait le patient du pronostic, du type de soins…

.....
.....
.....

Principaux symptômes

.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Formulaire d'Analyse et d'Orientation des Situations

DATE DE LA DEMANDE :

CODE DOSSIER :

MAIA SUD MANCHE — PTA Plateforme Territoriale d'Appui

FORMULAIRE D'ANALYSE ET D'ORIENTATION DES SITUATIONS

CNIL

La personne âgée est-elle informée de la demande ? O oui O non O ne sait pas

La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ? O oui O non O ne sait pas

PERSONNE CONCERNÉE

NOM *(de naissance)* :

NOM *(d'épouse)* :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Sexe :

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Situation familiale :

Mode de vie :

Statut d'hébergement :

Localisation actuelle :

Protection juridique : O oui O non O Demande en cours O Ne sait pas

Si oui : type de mesure :

Nom de la personne nommée :

Téléphone de la personne nommée :

Si demande en cours : Personne ou professionnel à l'origine de la demande :

ÉMETTEUR DE LA DEMANDE

NOM :

Prénom :

Organisme :

Fonction :

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Mail :

Si demande d'orientation PTA :

Autorisation du médecin traitant : O OUI O NON

PERSONNE RESSOURCE À CONTACTER

NOM :

Prénom :

Nature du lien :

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Mail :

Personne ressource informée de la demande :

O oui O non O ne sait pas

Commentaires libres :

AIDES EXISTANTES

INTERVENANTS / SERVICES EN PLACE

- ☐ Médecin traitant : Nom :
- ☐ Équipe médico-sociale APA
- ☐ Service Social
- ☐ HAD
- ☐ IDEL
- ☐ Portage de repas
- ☐ SSIAD
- ☐ ESA
- ☐ Équipe mobile
- ☐ CMP
- ☐ Téléassistance
- ☐ SAD/SAAD
- ☐ SPASAD
- ☐ Réseau de santé
- ☐ Accueil de jour
- ☐ Hébergement temporaire
- ☐ Appui à la coordination des soins
- ☐ Autre :

AIDES FINANCIÈRES

APA :

O oui, GIR : O non O demande en cours

O ne sait pas

PCH :

O oui, précisez : O non O demande en cours

O ne sait pas

Caisse de retraite :

O oui, précisez : O non O demande en cours

O ne sait pas

Autre(s) aide(s) financière(s), précisez :

Directives anticipées :

La personne a-t-elle rédigée ses directives anticipées ?

O OUI O NON O Ne sait pas

Si oui : joindre le document ou le FAOS

Si non : une annexe est à votre disposition

OBJET DE LA DEMANDE

MAIA SUD MANCHE

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI

ALERTES REPÉRÉES

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- ☐ Épuisement ou souffrance de l'aidant
- ☐ Notion d'isolement (absence ou fragilité du lien social avec la famille, l'entourage, le(s) voisin(s),...)
- ☐ Expression d'un sentiment de solitude
- ☐ Évolution de la vie sociale (rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche...)
- ☐ Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité
- ☐ Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (conflits familiaux ou conjugaux, déni ou incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples...)
- ☐ Sentiment d'épuisement des professionnels

Informations complémentaires :

ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- ☐ Droits communs non ouverts (sécurité sociale, mutuelle, retraite...)
- ☐ Difficultés dans la gestion administrative (ne trie plus les papiers, relances, impayés, dettes locatives...)
- ☐ Difficultés financières (précarité économique, crédits, dettes...)
- ☐ Comportement à risque (gestion financière, retraits...)

Informations complémentaires :

HABITAT / SÉCURITÉ

- ☐ Problème d'accessibilité au logement
- ☐ Logement encombré, dégradé, non entretenu
- ☐ Absence de moyens de communication
- ☐ Configuration inadaptée du logement
- ☐ Comportement(s) à risque (négligence dans l'utilisation du gaz, conduite automobile non sécurisée...)
- ☐ Isolement géographique
- ☐ Difficultés de cohabitation avec des animaux domestiques
- ☐ Difficultés de relations avec le voisinage

Informations complémentaires :

BESOINS EXPRIMÉS PAR SON ENTOURAGE

AUTONOMIE

- ☐ Difficultés dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se laver, se vêtir, aller aux toilettes...)
- ☐ Difficultés dans les actes de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, linge, budget, moyens de communication...)
- ☐ Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire ce qu'elle aimait, peur de sortir...)
- ☐ Refus d'aides et/ou de soins par la personne et/ou son entourage
- ☐ Refus/arrêt d'intervention de professionnels
- ☐ Difficulté de mobilité

Informations complémentaires :

SANTÉ

- ☐ Suivi médical absent ou irrégulier
- ☐ Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)
- ☐ Troubles du comportement (déambulation, agressivité, errance...)
- ☐ Troubles sensoriels (vue, ouïe, goût, odorat...)
- ☐ Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
- ☐ Troubles addictifs
- ☐ Symptôme(s) physique(s) (essoufflement, perte d'équilibre)
- ☐ Grabatisation récente (plaies, baisse de mobilité)
- ☐ Souffrance récente exprimée (physique ou psychique)
- ☐ Chutes fréquentes (plus de 2 dans les 6 derniers mois)
- ☐ Hospitalisations répétées (plus de 2 dans les 6 derniers mois)

  Motif :

  Lieu d'hospitalisation, si connu :
- ☐ Difficultés dans la gestion des médicaments
- ☐ Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier

Complexité(s) :

- ○ analogique
- ○ psychiatrique
- ○ pedo psychiatrique
- ○ palliatives

ANTÉCÉDENTS, RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, TRAITEMENTS :

Merci de joindre les derniers comptes rendus médicaux et ordonnances à disposition

ATTENTES D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR :

ENVOYER

Annexe 5 : Plan Personnalisé d'Appui

PLAN PERSONNALISE D'APPUI

La Personne et ses Référents	Nom : Date de naissance :		Prénom : Sexe : M F
Numéro du PPS :	Date de Début :	Date de Révision :	Date de Bilan d'Etape :
Référent du PPA	Profession :	Nom :	
Médecin Référent	Nom :	Tel :	Email :
IDE	Nom :	Tel :	Email :
Référents familiaux /amicaux	☐Oui ☐Non Nombre : Nom(s):	*Tel :*	*Email :*
Personne de confiance	Nom :	*Tel :*	*Email :*
Directives anticipées		☐ Oui ☐Non	

Contacts Utiles				
Niveau d'information	***Catégorie professionnelle***	***Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme***	***Téléphone***	***Email***
Niveau 1	*Médecin traitant*			
	Infirmier(s)			
	Pharmacien			
	Kinésithérapeute			
	Ergothérapeute			
	Gériatre			
	Autre spécialiste			
	Autre spécialiste			
Niveau 2	*Assistant social*			
	Coordination territoriale d'appui			
Niveau 3	*Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)*			
	Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)			

Page **1** sur **2**

RESUME DE LA SITUATION DE LA PERSONNE

Plan d'aide						
Problèmes	Causes	Signes	Objectifs	Actions	Résultats	Bilan d'étape Date : Atteinte des résultats et commentaires

BILAN DU PPS

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THESE :

Plateforme Territoriale d'Appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge.

RESUME :

Introduction : La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est une entité nouvelle qui a pour fonction un rôle d'appui aux professionnels de santé dans la gestion et la coordination de parcours de soins complexes.

Objectif : Détermination des problématiques de mise en place, et des profils des cas complexes pris en charge par la PTA du Sud-Manche.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative (Mai 2017-Aout 2018) à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs a permis de déterminer les problématiques de mise en place. Une seconde étude observationnelle (Décembre 2017-Juin 2018) a eu pour but de définir les profils des cas complexes, leurs problématiques et les solutions proposées en se basant sur les outils de coordination utilisés par la plateforme.

Résultats : Les problématiques mises en évidence relèvent de plusieurs domaines : organisation et gestion d'une équipe, développement d'outils informatiques et de coordination, communication auprès des acteurs du territoire, élaboration d'un budget, respect du secret médical et des droits du patient, suivi des dossiers.
96 cas complexes ont été pris en charge sur une période de 6 mois. On retrouve une majorité de personnes âgées présentant des problématiques de maintien à domicile et de soins palliatifs, mais également des patients plus jeunes présentant des problématiques psychiatriques ou de rupture de parcours. Une coordination ville-hôpital et la mobilisation de nombreux acteurs du territoire par l'équipe opérationnelle est nécessaire.

Conclusion : La PTA du Sud-Manche, sous l'impulsion d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, est amenée à jouer un rôle central dans ce territoire rural, à la population vieillissante.

MOTS CLES :

Plateforme Territoriale d'Appui
Coordination
Territoire de Soins Numérique
Problématiques de mise en place
Parcours de soins
Equipe de soins primaire
Professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux
Cas complexes