



HAL
open science

Points de rupture ressentis par les professionnels de santé impliqués dans la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes

Emma Vincent

► **To cite this version:**

Emma Vincent. Points de rupture ressentis par les professionnels de santé impliqués dans la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03048992

HAL Id: dumas-03048992

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03048992>

Submitted on 9 Dec 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Points de rupture ressentis par les professionnels de santé impliqués dans la
Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2020

Par Madame Emma VINCENT

Née le 15 mai 1991 à Viriat (01)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur FRANCES Yves

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Points de rupture ressentis par les professionnels de santé impliqués dans la
Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2020

Par Madame Emma VINCENT

Née le 15 mai 1991 à Viriat (01)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur FRANCES Yves

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	1 - Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	2 - Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller	3 - Pr. Philippe BERBIS
	4 - Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

aux études à la recherche	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD	:	Pr. Jean-Louis MEGE
Groupements Hospitaliers de territoire aux masters	:	Pr. Justin MICHEL
	:	Pr. Stéphane BERDAH
	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

1er cycle : **Madame Estelle**
2ème cycle : **BOISSIER Madame**
Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : **Madame Béatrice CAORS**
Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : **Madame Joannie HENRY**
Mutualisation des enseignements : **Madame Géraldine DEPRES**

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

Chargée de mission : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**
Chargé de mission : **Monsieur Christophe ROMAN**

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge ALDIGHIERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERLAND Yvon BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMONT Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CAU Pierre CHABOT Jean-Michel CHAMLIAN Albert CHARPIN Denis CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLAVERIE Jean-Michel CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DESSEIN Alain DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOR Michel DUMON Henri ENJALBERT Alain	MM	FAVRE Roger FIECHI Marius FARNARIER Georges FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCES Yves FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRILLO Jean-Marie GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LE TREUT Yves LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MARANINCHI Dominique MARTIN Claude MATTEI Jean-François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTEY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René
----	--	----	---

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT**2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TSIMARATOS Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	TURRINI Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VALERO René
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VELLY Lionel
PETIT Philippe	SARLES Jacques	VEY Norbert
PHAM Thao	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
POINSO François	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
RACCAH Denis	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RAOULT Didier	SIMON Nicolas	XERRI Luc
REGIS Jean	STEIN Andréas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	
REYNAUD Rachel	THIRION Xavier	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THOMAS Pascal	
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah	DEVILLIER Raynier	LOOSVELD Marie
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>disponibilité</i>)	DUBOURG Grégory	MAAROUF Adil
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	DUCONSEIL Pauline	MACAGNO Nicolas
BARTHELEMY Pierre	DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André
BEGE Thierry	ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BELIARD Sophie	FABRE Alexandre	NGUYEN PHONG Karine
BENYAMINE Audrey	FAURE Alice	NINOVE Laetitia
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	FOLETTI Jean-Marc	NOUGAIREDE Antoine
BERTRAND Baptiste	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BEYER-BERJOT Laura	FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile
BIRNBAUM David	FROMNOT Julien	PESENTI Sébastien
BONINI Francesca	GASTALDI Marguerite	RADULESCO Thomas
BOUCRAUT Joseph	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BOULAMERY Audrey	GIUSIANO Bernard	ROBERT Philippe
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROMANET Pauline
BOUSSEN Salah Michel	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BUFFAT Christophe	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
CAMILLERI Serge	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
CARRON Romain	GUERIN Carole	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
CASSAGNE Carole	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
CERMOLACCE Michel	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
CHAUDET Hervé	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
CHRETIEN Anne-Sophie	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
COZE Carole	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CUNY Thomas	KASPI-PEZZOLI Elise	TOMASINI Pascale
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	L'OLLIVIER Coralie	TOSELLO Barthélémy
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
DAUMAS Aurélie	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DEGEORGES/VITTE Joëlle	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VELY Frédéric
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DESPLAT/JEGO Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)
 ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

NEPHROLOGIE 5203

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 OVAERT Caroline (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANÇON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001**UROLOGIE 5204**

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Je vous témoigne toute ma gratitude quant à votre investissement pour les étudiants en médecine et ce jusqu'à l'aboutissement de leur formation.

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur DISDIER, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce sujet et d'avoir eu la gentillesse de présider cette thèse sans hésitation. Je vous remercie également pour votre réactivité et votre disponibilité qui ont facilité mes démarches. Veuillez recevoir par ces mots, l'expression de mon profond respect.

Au Juge,

Monsieur le Professeur GERBEAUX, vous me faites l'honneur de votre présence au sein du jury.

Je vous remercie d'apporter votre précieux regard pour juger cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Juge,

Monsieur le Professeur FRANCES, vous me faites l'honneur de siéger parmi ce jury. Je vous remercie d'apporter votre expertise médicale dans le jugement de ce travail.

Veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

Au Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur FILIPPI, vous me faites l'honneur de diriger ce travail de recherche.

Pour vos qualités de Directeur : pour votre disponibilité et pour la justesse de vos conseils ; pour vos qualités de médecin : passionné, visionnaire et investit pour la réussite des étudiants et pour la suite de leurs formations en tant que confrères ; je vous témoigne mes sincères remerciements.

À mes parents,
Merci pour votre amour indéfectible.

Maman, Merci pour ton soutien et ton aide qui m'ont porté jusqu'à ce jour.
Merci pour ta générosité qui m'a permis de suivre la voie que j'ai choisie.
Merci pour ta force et ton courage exemplaires dans la vie.

Papa, Merci de m'avoir transmis tes valeurs humanistes de tolérance, d'empathie et de bonté sans lesquelles je ne serai pas le médecin que je suis.
Merci de m'avoir transmis l'importance du travail qui m'a aidée toutes ces années.
Merci pour ton écoute et tes conseils toujours avisés.

A ma Tata, ma Fau et ma Didine, Merci pour votre présence et votre soutien qui m'ont construit depuis mon plus jeune âge. Merci pour nos précieux moments de partage et merci pour votre affection intangible.
A mon frère, d'être toi et aussi mon grand frère.

A ma famille paternelle, exemple de douceur, de convivialité et de gentillesse.

A mes grands-parents, Merci pour votre douceur infinie et vos sourires remplis de sagesse, de gentillesse et de fierté. Un remerciement particulier à mon Papi, sans qui mes longues années d'études n'auraient pas été aussi paisibles.

Aux médecins passionnants que j'ai rencontrés tout au long de ma formation, Merci pour votre pédagogie bienveillante, votre riche expérience et vos conseils professionnels qui me seront très utiles prochainement.

A la famille JARRY, Merci de m'avoir ouvert les bras, de m'avoir fait grandir au sein des montagnes et des valeurs chrétiennes.
Merci pour ces nombreux moments en famille que vous m'avez offerts.
Merci pour votre générosité et votre amitié.

A la famille FRANCILLARD, Merci à chacun de vous, pour votre accueil si chaleureux au sein de votre belle famille, animée mais d'autant plus aimante.

A mes colocs, Clarisse, Mathou, Clo, Marie, Oriane, Merci pour tous les longs moments que l'on a vécu ensemble sans lesquels ces années d'études n'auraient pas été si heureuses. Merci pour vos encouragements et votre soutien au quotidien qui m'ont permis d'avancer jusqu'à cette dernière étape.

A mes amies de longues dates, Anna et notre goût pour les débats passionnants de la vie, Emma et notre goût pour les matchs avec gros ballon orange ou petite balle jaune à la façon badminton, Jeannou et notre goût pour les voyages, Popo et Laure et notre goût pour essayer de conseiller l'une de nous trois...

A Marie, Merci pour ton amitié si précieuse et fidèle depuis tant d'années.
Merci pour toutes ces années de collègue et de lycée qui ont été entrecoupées de fous-rires et surtout de retrouvailles toujours aussi intenses.

A ma Moit, je te dois tellement et en grande partie le sourire qui m'habite. Merci pour ton altruisme et ta force qui me donne tant de courage dans les difficultés. Merci à ta famille si généreuse et grâce à qui je sais à peu près skier ! Et à Cyril, Merci pour nos appels qui me font toujours beaucoup de bien et pour tes bons conseils pour le jour J !

A mes amis de médecine, qui grâce à eux, ont transformé mes années passées à la fac. Merci à Pierre-Louis et Antonio pour les joyeuses pauses de la D4, les regards rieurs à la BU et votre amitié inchangée.

Merci à vous tous : Rémichou notre chanteur officiel, Toto notre danseur officieux, Greygarw (avec l'accent de Shakira) et sa blonde Elise déconcertante sous les airs latinos, Eve notre bella et son Mr El Crespo, Marwetto et Viviiiiiiiiennnn (avec l'accent énervé de Marwa), Paulo et sa charmante Mathilde, Geogeo et sa belle Marie (LE couple de la classe en ski), Barbara et son prince charmant Sof, Hugo et sa douce Hélène, François, Shasha... Merci à vous tous d'avoir fait partie de ces années de vie, une vie bien remplie de si bons souvenirs, tous ensemble, sous la neige, en musique, en rires, et parfois tout cela en même temps.

A Pau, Merci pour la belle personne que tu es, et pour tous ces heureux souvenirs qui n'existeraient pas sans toi, que ceux-ci ne cessent jamais.

Aux hauts-alpins, Eva, Lucie (et pour ton aide précieuse dans cette thèse), Cricri, Amaëlle, Benji, (et bien sûr Baltik !), Lili, Vincent, Chloé et Charly, aux basketteurs... si je me sens si bien ici, c'est aussi grâce à vous ! Merci pour toutes ces belles rencontres.

A toi mon Rémi, Merci pour la confiance que tu m'apportes dans notre vie à deux, une vie heureuse, remplie de rêves, de surprises et de projets. Merci pour ta force et ta tendresse au quotidien qui me comblent de bonheur.

SOMMAIRE

1. <u>AVANT-PROPOS</u>	9
1.1 La coordination	9
1.2 Les réseaux de santé	9
1.3 Décision du travail de recherche	10
2. <u>INTRODUCTION</u>	11
2.1 Historique	11
2.2 Contexte actuel et présentation de la PTA (05)	13
2.3 Intérêt de la recherche	14
2.4 Objectif de l'étude	15
3. <u>MATERIEL ET METHODE</u>	16
3.1 Type d'étude	16
3.1.1 Décision du type de recherche	
3.1.2 Décision du type de recueil des données	16
3.2 Population	16
3.2.1 Echantillonnage	16
3.2.2 Recrutement	16
3.2.3 Caractéristiques socio-démographiques des populations	18
3.3 Entretien individuel semi-dirigé	17
3.3.1 En amont de l'entretien	17
3.3.2 L'entretien semi-structuré	17
3.3.3 Réalisations des entretiens	18
3.3.4 En aval de l'entretien	18
3.3.5 Aspect légaux	21
3.4 Analyse des données	21
3.4.1 La théorisation ancrée	21
3.4.2 Le double codage	21
3.4.3 La saturation des données	22
3.4.4 La modélisation	22
3.5 Recherches bibliographiques et logiciels utilisés	22
3.6 Conflits d'intérêt ?	22

4. RESULTATS	23
4.1 Fonctionnement de la PTA des Hautes-Alpes	23
4.1.1 La structure de la PTA 05	23
4.1.1.1 Nouvelle structure, expérimentale dans la région	23
4.1.1.2 Changement récent de fonctionnement	23
4.1.1.3 Échanger entre les autres PTA de la région	24
4.1.1.4 S'adapter aux multiples niveaux décisionnels	24
4.1.2 Au sein de l'équipe de la PTA 05	25
4.1.2.1 Répondre à la permanence téléphonique	25
4.1.2.2 Intégrer les spécificités des IDEC (infirmières de coordination)	
4.1.2.3 Échanger au sein d'une équipe pluridisciplinaire	26
4.1.2.4 S'adapter à la fusion MAIA-PTA	27
4.1.2.5 Former les professionnels de la PTA aux publics nouveaux et aux dispositifs dédiés	27
4.1.3 Traiter les informations	28
4.1.3.1 Utiliser les outils disponibles	28
4.1.3.2 Accéder aux informations	28
4.1.3.3 Transmettre les informations	29
4.1.3.4 S'adapter aux sources d'informations (problématique du médecin remplaçant)	31
4.1.4 Répondre aux demandes	31
4.1.4.1 Origine des demandes	31
4.1.4.2 Intégrer la complexité des demandes	42
4.1.4.3 Accueillir et suivre la demande	32
4.1.4.4 Intervenir	33
4.1.4.5 Traiter la quantité de sollicitations	34
4.1.4.6 Fonctionner dans l'urgence	34
4.1.5 Evaluer les actions	35
4.1.5.1 Recenser les points de rupture	35
4.1.5.2 Retours des évaluations invisibles	36
4.2 Communiquer	36
4.2.1 Faire connaître la PTA	36
4.2.1.1 Être identifié	36
4.2.1.2 Faire comprendre la PTA	37
4.2.1.3 Faire connaître les missions de la PTA 05 (dont l'EGS)	37

4.2.2	Communiquer vers des cibles multiples	37
4.2.2.1	Communiquer avec les demandeurs de 1er niveau	38
4.2.2.1.1	Avec les médecins traitants	38
4.2.2.1.2	Avec les services hospitaliers	39
4.2.2.2	Communiquer avec les intervenants de terrain	39
4.2.2.2.1	Avec les partenaires	39
4.2.2.2.2	Avec les organismes publics	39
4.2.3	Communiquer sur des publics multiples	40
4.2.4	Méthode de communication	40
4.2.4.1	Trouver le bon mode de communication	40
4.2.4.2	Réactualiser la communication	41
4.3	Construire une prise en charge adaptée	41
4.3.1	Comprendre les spécificités du patient	41
4.3.1.1	Vieillessement de la population	42
4.3.1.2	État de fragilité	42
4.3.1.3	Aspect médical	43
4.3.1.4	Aspect social	44
4.3.1.5	Aspect environnemental	45
4.3.1.6	Public nouveau pour la PTA (05)	
4.3.2	Prendre en compte l'aidant principal	45
4.3.2.1	Vieillessement de l'aidant principal	45
4.3.2.2	Perte de l'aidant principal	46
4.3.2.3	Épuisement de l'aidant principal	46
4.3.3	Évaluer le patient dans sa globalité	46
4.3.3.1	Évaluation automatique dans la procédure de la PTA ou commandée	46
4.3.3.2	Connaître l'environnement du patient	47
4.3.3.3	Évaluer les besoins globaux du patient à domicile	47
4.3.4	Prendre en compte l'expression des choix du patient	49
4.3.4.1	Respecter le choix du patient ou de son entourage	49
4.3.4.2	Argumenter la décision médicale	51
4.3.4.3	Être vigilant face à un patient captif	52
4.3.5	Le maintien du patient à son domicile	52
4.3.5.1	Sensibiliser les services d'aides à la personne	52
4.3.5.2	Être confronté à des situations sans solution	52
4.3.5.3	Comprendre les causes de l'échec du maintien à domicile	54
4.3.5.4	S'adapter à l'absence de suivi médical en particulier à domicile	54

4.3.6	Ajuster la prise en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient	55
4.3.6.1	Adapter la prise en charge après un événement de vie	55
4.3.6.2	Adapter la prise en charge en fonction de l'état psychique	56
4.3.6.3	Accepter que le patient intègre l'évolution de son état de santé	56
4.4	Coordonner les soins	57
4.4.1	Les demandeurs de premier niveau et la coordination par la PTA	57
4.4.1.1	Le médecin	57
4.4.1.1.1	Être contacté	57
4.4.1.1.2	Accepter la coordination par la PTA	57
4.4.1.1.3	Se rendre disponible	58
4.4.1.1.4	Adhérer	58
4.4.1.1.5	Participer au PPS	59
4.4.1.1.6	Valider le plan d'aide	59
4.4.1.1.7	Trouver sa place	60
4.4.1.2	L'hôpital	60
4.4.1.2.1	Intégrer les contraintes de l'hôpital	60
4.4.1.2.1.1	Réduction des lits	60
4.4.1.2.1.2	Durée de séjour réduite	60
4.4.1.2.1.3	Vision non globale de l'hôpital	61
4.4.1.2.2	Agir malgré les contraintes de l'hôpital	61
4.4.1.2.2.1	Besoins croissants des maintiens à domicile	61
4.4.1.2.2.2	Sortie précoce à domicile	62
4.4.1.2.2.3	Non collégialité de la décision de sortie	62
4.4.2	Les intervenants de terrain et la coordination par la PTA	63
4.4.2.1	Connaître la multitude des réseaux et partenaires	63
4.4.2.1.1	Les identifier	64
4.4.2.1.2	Comprendre leurs fonctionnements	64
4.4.2.1.3	Connaître la sectorisation des professionnels	64
4.4.2.2	Anticiper les interventions	64
4.4.2.3	Mettre en place les interventions	65
4.4.2.3.1	Faire face au déficit de structures et de personnels soignants	65
4.4.2.3.2	Faire face aux horaires restreints de certaines structures	66
4.4.2.3.3	Trouver une place en EHPAD et SSR	67
4.4.2.3.4	Trouver une place dans les dispositifs d'accompagnement du handicap à domicile	67

4.4.2.3.5	Admettre le refus d'intervention par les partenaires	68
4.4.2.4	Intégrer les ruptures de prise en charge	69
4.4.2.4.1	Comprendre que les partenaires ciblent leurs prestations	69
4.4.2.4.2	Intégrer que les partenaires puissent interrompre la prise en charge	71
4.4.2.5	Conserver sa place en SSIAD après une hospitalisation courte ?	72
4.4.2.6	Repérer le dysfonctionnement d'un service d'aide à domicile	73
4.4.2.6.1	Absentéisme	73
4.4.2.6.2	Non qualité	73
4.4.2.6.3	Multiplés changements dans les soignants	73
4.4.2.6.4	Non satisfaction des patients	74
4.4.2.7	Déclencher l'aide en tant que soignants à domicile	74
4.4.2.7.1	Niveaux de gravité des situations avant le déclenchement de l'aide	74
4.4.2.7.2	Facteurs de déclenchement de l'aide	75
4.4.2.8	Obligation réglementaire de continuité du parcours de soin ?	75
4.4.2.9	Besoin de formation des personnels des services à domicile	75
4.4.3	Les administrations publiques et la coordination par la PTA	76
4.4.3.1	S'adapter à la temporalité administrative	76
4.4.3.1.1	Prise de contact avec le service social	76
4.4.3.1.2	Gestion administrative par les caisses de retraite	76
4.4.3.1.3	Les politiques de droit social	76
4.4.3.1.4	La protection juridique	76
4.4.3.2	Spécificités du dossier APA	77
4.4.3.2.1	Constitution du dossier APA	77
4.4.3.2.2	Attendre le traitement effectif du dossier APA	78
4.4.3.2.3	APA en urgence	78
4.4.3.3	Comprendre les craintes des patients envers les services publics	79

4.4.4	Le bénéficiaire : le patient et son entourage	79
4.4.4.1	Coordonner un nombre important de situations par la PTA	79
4.4.4.2	Intégrer les perturbations des patients liés aux changements	79
4.4.4.3	Faire participer le patient dans sa coordination	80
4.4.5	Coordonner l'ensemble des acteurs	80
4.4.5.1	Harmoniser les interventions des prestataires	80
4.4.5.1.1	Complexité des actions coordonnées	80
4.4.5.1.2	Coordonner un grand nombre d'intervenants	80
4.4.5.2	Rôle spécifique de la PTA	81
4.4.5.2.1	Veiller à ne pas devenir un des prestataires de l'aide à domicile	81
4.4.5.2.2	Être acteur principal de coordination	81
4.4.5.3	Faire accepter la coordination par les partenaires	81
4.4.5.4	Utiliser des outils de coordination communs	81
4.4.5.4.1	Incompatibilité des messageries sécurisées	81
4.4.5.4.2	Multitudes d'outils informatiques sans passerelle	82
4.4.5.4.3	Problématiques du DMP	82
4.4.5.5	Travailler avec des temporalités différentes	83
4.4.5.6	Compréhension mutuelle de la spécificité des services	84
4.4.5.6.1	Méconnaissances des fonctionnements entre services	84
4.4.5.6.2	Postures professionnelles différentes entre services	85
4.4.5.6.3	Importance des rencontres interprofessionnelles	85
4.5	S'adapter au territoire	86
4.5.1	Inclure la saisonnalité touristique	86
4.5.2	Ruralité et accès géographiques	86
4.5.3	Connaître les ressources du territoire	87
4.5.4	Trouver une solution malgré les inégalités territoriales	88
4.5.4.1	Inégalités de répartition des services	88
4.5.4.2	Inégalités de répartition des médecins traitants	89
4.5.4.3	Absence de service	89
4.5.4.4	Absence de concurrence	89

4.5.5	Communiquer sur l'ensemble du territoire	90
4.6	Agir selon les modes de financements	90
4.6.1	Quels sont les financements pour la coordination ?	90
4.6.1.1	Pour les médecins généralistes, acteur central de coordination	90
4.6.1.2	Pour la PTA, appui à la coordination	91
4.6.1.3	Pour les outils de coordination	91
4.6.1.4	Pour la formation des soignants à domicile	91
4.6.2	Le reste à charge du patient	92
4.6.3	Aides financières en situation d'urgence	92
4.6.4	Tarifcation dans le système de soins	93
4.6.4.1	A l'hôpital : la T2A	93
4.6.4.2	Pour les SSIAD : à la place	94
4.6.4.3	Pour les SAD : à l'heure	94
4.6.4.4	Pour les IDE libérales : à l'acte	95
4.6.4.5	Pour les médecins libéraux : pas de cotation pour la coordination	95
4.7	Modélisation des résultats	96
5.	<u>DISCUSSION</u>	97
5.1	Principaux points de rupture abordés et relation avec la littérature	97
5.1.1	Choix des thèmes discutés	97
5.1.2	Points de rupture clés	97
5.1.2.1	Limites difficilement résolutes	97
5.1.2.1.1	Intrinsèques au Patient	97
5.1.2.1.2	Confidentialité et partage des informations	98
5.1.2.1.3	Contraintes liées à l'hôpital	99
5.1.2.1.4	Discontinuité des soins	100
5.1.2.2	Difficultés pouvant être solutionnées	102
5.1.2.2.1	Par la PTA	102
5.1.2.2.1.1	Modifier la communication pour qu'elle soit plus fluide et concrète	102

5.1.2.2.1.2	Harmoniser les ressources disponibles	103
5.1.2.2.2	Par les niveaux hiérarchiques supérieurs à la PTA	104
5.1.2.2.2.1	Besoins de formation	104
5.1.2.2.2.2	Valoriser les temps de coordination	105
5.1.2.2.2.3	Le médecin généraliste : pivot principal de la coordination	107
5.1.2.2.2.4	Organiser un fonctionnement d'urgence	108
5.2	Validité de l'étude	110
5.2.1	Points faibles	110
5.2.1.1	Expérience du chercheur	110
5.2.1.2	Contexte des entretiens	110
5.2.1.3	Recrutement et populations diversifiées	111
5.2.2	Points forts	111
5.2.2.1	Originalité de l'étude	111
5.2.2.2	Méthodologie adaptée	112
5.2.2.3	Triangulation des données	112
5.2.2.4	Double codage	112
5.2.2.5	Saturation des données	112
5.3	Perspectives	113
5.3.1	Idées novatrices	113
5.3.2	Élargissement de la recherche	114
6.	<u>CONCLUSION</u>	115
7.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	116
8.	<u>ANNEXES</u>	119
9.	<u>LISTES DES ABREVIATIONS</u>	127

1. AVANT-PROPOS

1.1 La coordination

Au cœur du système de santé du patient, la coordination est un élément clé de réponse à la complexité que représente d'une part les nombreuses pathologies existantes et d'autre part l'individu unique dans son intégralité.

En tant que professionnel de premier recours, le médecin généraliste est l'acteur central de la coordination des soins complexes du patient.

En effet, celle-ci s'intègre dans trois documents majeurs définissant la médecine générale cités par l'organisation WONCA :

- En 1991, la société WONCA (1) définit le rôle du médecin généraliste avec la notion de **coordination** qui est reprise en 2002 : elle est inhérente à « **la gestion des soins de santé primaire** » appartenant à la première des six compétences fondamentales de la Médecine Générale.
- En 1995, les principes de la discipline énoncés par Gay (1) décrivent « **l'aptitude à la coordination** ».
- En 1998, L'OMS Europe (1) reprend les caractéristiques de la médecine générale : « *Générale, Continue, Globale, **Coordonnée**, Coordonnée, Collaborative, Orientée vers la famille, Orientée vers la communauté* ».

1.2 Les réseaux de santé

Depuis la loi du 1er juillet 1901 (2) s'est développé des réseaux de santé sous forme d'associations à but non lucratif. Depuis la loi du 4 mars 2002 (3) leurs procurant un rôle officiel, les réseaux de santé se sont structurés :

« *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires [...]* » (4).

Suite à la multiplication des réseaux qui sont à présent recensés à plus de 700, il est difficile pour un médecin généraliste de lire clairement les tenants et aboutissants de chacun.

Après ce constat, le Ministère des Solidarités et de la Santé, souhaite réorganiser les réseaux de santé pour qu'ils soient mieux employés dans l'offre de soins.

Pour cela, un guide est confié aux ARS qui « *propose des orientations, visant à recentrer les réseaux de santé sur leur mission d'appui à la coordination polyvalente de proximité, au service des médecins généralistes et des équipes de proximité pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter les patients* » (5).

Ce guide fait directement écho aux Plateformes Territoriales d'Appui, développées dans la suite de ce travail de thèse.

1.3 Décision du travail de recherche

L'inspiration de ce sujet de thèse m'est apparue lors d'un groupe de Pair réunissant plusieurs médecins généralistes des Hautes-Alpes. Invitée par mon maître de stage à participer à ce cercle de professionnels, j'ai pu assister à la description d'une situation problématique dans la prise en charge complexe d'un patient.

La Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes, encore trop peu connue, n'avait pas été sollicitée. Je me suis alors intéressée à cette structure puis j'ai décidé d'en réaliser une recherche approfondie.

2. INTRODUCTION

L'émergence récente et originale de plateformes départementales de coordination est née d'une volonté politique forte de modernisation de notre système de santé français. Leur originalité tient en leur soutien au parcours de santé complexe des patients en favorisant leur maintien à domicile : l'une d'entre elles est nommée Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes (PTA 05).

Dans un premier temps, l'historique des PTA conduisant jusqu'au contexte actuel et en particulier de celle des Hautes-Alpes nous permettra dans un second temps de découvrir l'intérêt de ce travail de recherche avec le problème traité, la méthode utilisée puis ses objectifs.

La Plateforme Territoriale d'Appui est une structure dédiée à la coordination de proximité des soins de santé complexes. Son rôle est de soutenir les professionnels de santé pour favoriser le maintien à domicile des patients ; tous âges et pathologies ou handicaps confondus, qui par une multitude d'aspects relevant des champs médical, social, psychologique, économique, éthique... se retrouvent dans une situation de complexité.

2.1 Historique

Plusieurs transformations temporelles et structurelles ont permis d'aboutir à l'élaboration de la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes.

Au niveau national, la succession de cadres législatifs a permis peu à peu de transformer le système de santé en France.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 réforme en profondeur l'organisation des soins hospitaliers ainsi qu'en ville (6). Elle introduit la notion de territoires avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) ayant pour vocation d'organiser et de

coordonner la politique régionale de santé en utilisant la complémentarité des ressources locales déjà présentes.

Cette transformation se réaffirme le 26 janvier 2016 (article 74) portée par la loi de modernisation du système de santé (7). Par le décret du 4 juillet 2016 (8), la définition est établie pour les Plateformes Territoriales d'Appui en soutien aux professionnels de santé dans les prises en charge des soins complexes.

Au niveau régional, les ARS missionnées de répondre à la politique de santé, créent les PTA dans le but de couvrir le maillage territorial. Pour cela, les ARS s'appuient sur les structures existantes et sur le dynamisme des professionnels déjà impliqués dans la coordination des soins.

Au sein de la région PACA existent neuf PTA pilotées par l'ARS et l'URPS des médecins libéraux. Elles ont en commun le cadre et les objectifs tout en gardant leur singularité en fonction des besoins, de l'offre de soins, de la population et de la diversité de chaque territoire pour apporter une réponse spécifique.

⌘ Points communs des PTA (9) :

Des moyens harmonisés :

- Permanence téléphonique (et un numéro unique 04.92.23.41.08),
- Modes de communication identiques (logo...) orientés principalement vers les médecins libéraux,
- Équipe pluriprofessionnelle (dont gestionnaire(s) de cas),
- Évaluation initiale de la situation,
- Reconversion d'une structure déjà existante compétente en soins coordonnés,
- Décloisonnement des ressources humaines et matérielles des réseaux de santé implantés sur le territoire.

Les missions communes des PTA sont définies dans le chapitre VII du Code de Santé Publique :

- *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 et à la coordination des situations complexes.*
- *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 des prises en charge de patients en situation complexe.*

Dans le département des Hautes-Alpes (05), la reconversion du réseau menant jusqu'à la PTA (05) s'est construite en parallèle des transformations nationales.

Initialement Réseau Gérontologique depuis 2007 basé à L'Argentière-la-Bessée porté par l'association "Vivre et vieillir chez soi" dont le nom a évolué pour devenir "Vivre sa vie chez soi". Ce Réseau Gérontologique est devenu le Réseau Symbiose en janvier 2011 dont le siège social est toujours basé à L'Argentière-la-Bessée porté par la même association (VVCS) avec une extension à tout le département et la création d'un nouveau bureau à Gap. Ce réseau a encore évolué pour devenir la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes mise en place à titre expérimental en 2015 et labellisée en 2018 avec la fusion au réseau MAIA.

2.2 Contexte actuel et présentation de la PTA (05)

Datant de moins de deux ans, c'est alors récemment que cette structure a pris forme, elle s'est réorganisée en accueillant de nouveaux professionnels pour constituer une équipe pluriprofessionnelle pertinente. La recherche d'un profil très spécifique de professionnels compétents tant sur le plan paramédical et social que sur le plan de la coordination a impliqué un recrutement long et actif.

La PTA (05) est une association d'intérêt général à but non lucratif, financée par l'ARS PACA. Les pilotes de Club PTA sont l'ARS PACA et l'URPS des médecins libéraux PACA.

De son histoire, elle conserve la compétence d'Expertise Gériatrique, fonction d'appui absente dans les autres PTA de la région.

Positionnée sur deux sites distincts (à l'Argentière-La-Bessée où réside le siège social et un bureau supplémentaire à Gap), la PTA 05 se compose (10) de :

- 1 directrice
- 1 assistante administrative
- 4 infirmières de coordination
- 4 gestionnaires de cas
- 1 pilote projet parcours territoires
- 1 médecin coordinateur

2.3 Intérêt de la recherche

En tant que professionnel de premier recours, le médecin généraliste est l'acteur central de la coordination des soins du patient.

Mais dû à l'accroissement des pathologies complexes, au vieillissement de la population, au retour précoce des patients en sortie d'hospitalisation sur leur lieu de vie, par le souhait des patients de rester à domicile, par manque de temps, de méconnaissance des dispositifs et des partenaires sur le territoire... dues à toutes ces problématiques prenant de plus en plus de place, le médecin traitant rencontre des difficultés de coordination dans le parcours de santé de ses patients.

La Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes a pour vocation de venir en aide à la demande des médecins libéraux et en particulier aux médecins traitants pour leur apporter une réponse adaptée et éviter les ruptures de parcours.

Quelques travaux de thèses de médecine ont étudié les PTA, principalement dans le Nord de la France. Certains ont contribué à l'élaboration d'une PTA en réponse à leurs attentes et à des déficits de coordination identifiés (11) (12) (13) dont un travail met en évidence la bonne connaissance de la PTA par les médecins généralistes et un intérêt certain pour cette structure (14).

Une thèse incluant les PTA au niveau national en a étudié les indicateurs d'évaluation et de suivi (15).

La majorité des thèses recensées ont interrogé les médecins généralistes, en étudiant par exemple leurs satisfactions à ce nouvel outil de coordination (16) mais très peu ont questionné les salariés propres d'une PTA.

Différents travaux, ciblés sur la coordination des soins complexes, citent aussi les PTA comme des solutions à l'amélioration des soins (11) (17) (18) (19). En 2017, une thèse soutenue dans la région PACA mise sur le déploiement de la PTA (17). A cette période, la structure n'en est qu'à ses prémices, et représente une perspective précieuse face aux embûches constatées des médecins généralistes dans les parcours de soins complexes.

Les Plateformes Territoriales d'Appui incarne de nombreux espoirs, toutefois cette structure rencontre aussi des difficultés qui lui sont propres.

Le travail de recherche suivant porte sur les points de rupture ressentis des professionnels de santé impliqués dans la PTA des Hautes-Alpes.

Un point de rupture est défini par une difficulté au sens large, que ce soit un problème de tout ordre, un contre-temps, ou un obstacle à l'action initialement prévue.

2.4 Objectif de l'étude

Par une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-structurés dans le département des Hautes-Alpes, ce travail de recherche s'applique à recueillir les expériences des professionnels de la PTA, de médecins généralistes et des assistantes sociales de l'hôpital faisant appel à la PTA. Ces problématiques communes seront rassemblées au sein d'une synthèse puis traitées sans niveau de hiérarchie.

L'objectif est d'explorer les points de rupture de la PTA (05) pour en dégager des pistes de réflexion et d'amélioration.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Type d'étude

3.1.1 Décision du type de recherche

Le choix de cette méthode de recherche a été élaboré par le sujet et la problématique à traiter. L'étude qualitative est une méthode inductive issue des sciences sociales en 1920 avec comme objectif d'explorer des mécanismes de fonctionnement de population ou les ressentis, l'expérience, les opinions pour mieux les comprendre (20).

Les études quantitatives ont permis de faire avancer la médecine et n'ont plus à faire leurs preuves. Toutefois, certains phénomènes ne peuvent être explorés que par l'analyse des chiffres et la sémantique, qui vient en complémentarité, prend de plus en plus sa place surtout en médecine générale.

3.1.2 Décision du type de recueil des données

En étude qualitative, plusieurs techniques de collectes des données existent et doivent être adaptées en fonction de la population et de la question de recherche.

Les deux grands types de recueils de données sont soit en groupe soit individuel.

En groupe, l'avantage est de créer une dynamique grâce à l'interaction des idées des personnes réunies, réfléchissant sur un même thème.

Toutefois, certains sujets de recherche ne se prêtent pas au recueil de données en petit collectif et les entretiens individuels bien qu'ils soient chronophages, présentent leurs intérêts propres.

Les avantages recherchés de l'entretien individuel pour ce travail sont :

- Pour chaque professionnel de la PTA des Hautes-Alpes : l'acquiescement de tout lien hiérarchique interne, le maintien d'un anonymat, d'une liberté de parole et le temps nécessaire à l'expression.

- Pour les médecins généralistes et les assistantes sociales de l'hôpital : une plus grande disponibilité du chercheur qui sera adaptée aux contraintes professionnelles des participants.

Pour chaque personne interrogée : l'expression individuelle libre, dans un contexte bienveillant, permet que chacune élabore ses propres réponses.

3.2 Population

La diversité de la population étudiée est un point fort de l'étude qualitative, différente de la représentativité en recherche quantitative.

3.2.1 Echantillonnage

Un échantillonnage en variables maximales est réalisé en recherchant des caractéristiques diversifiées entre les professionnels de santé.

Par exemple, pour les médecins généralistes interrogés, une diversité au niveau du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice a été recherchée. Réunir des praticiens de lieux d'exercice différents aurait été un frein s'il avait fallu les regrouper.

Le nombre de participants n'est pas défini préalablement, il sera déterminé par l'obtention de la saturation des données.

3.2.2 Recrutement

Le recrutement des participants a été effectué de plusieurs manières.

- Pour les professionnels de la PTA, une première rencontre avec la directrice de la structure a été organisée permettant de présenter le sujet de recherche et d'obtenir son accord. Par la suite, le déroulement des entretiens a été exposé par mails aux salariés volontaires. Cinq personnes ont souhaité faire partie de l'étude.
- Pour les médecins généralistes ayant déjà communiqué leurs adresses mails à la PTA, neuf médecins ont autorisé la structure à transmettre leurs coordonnées. Plusieurs

praticiens ayant peu sollicité la structure ont décliné l'invitation. Par cet intermédiaire, un seul médecin a souhaité participer. D'autres médecins volontaires ont été recrutés soit à l'issue d'un cours donné aux étudiants soit sur le lieu de stage de l'interne. Deux médecins connaissant le chercheur ont accepté de témoigner.

- Pour les assistantes sociales de l'hôpital, le recrutement a été effectué par téléphone après les conseils d'un médecin interrogé. Puis par l'effet boule de neige, les noms de leurs collègues faisant appel à la PTA m'ont été recommandés.

3.2.3 Caractéristiques socio-démographiques des populations

Médecins généralistes :

Médecins Et durée d'entretien	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée d'exercice	Durée de connaissance de la PTA (05)
M1 20 min 30 s	Homme	> 60 ans	Briançon	Libéral	Environ 30 ans	Depuis 3 ans
M2 20 min 24 s	Femme	30-40 ans	Exerce dans le gapençais	Médecin libéral remplaçant	4 ans	Depuis moins d'un an
M3 8 min 22 s	Femme	40-50 ans	Embrun	Libéral	13 ans	Depuis 2-3 ans
M4 32 min	Homme	50-60 ans	Hôpital de Gap	Praticien hospitalier en gériatrie	À l'hôpital depuis 12 ans	Depuis le réseau gérontologique
M5 20 min 27 s	Homme	30-40 ans	Gap	Libéral	Depuis 2 ans à Gap	Depuis 3 ans

Population de médecins étudiée complétée par assistantes sociales hospitalières :

	Sexe	Âge	Services de rattachement	Durée de connaissance de la PTA (05)
A1	Femme	55-60 ans	Médecine interne, SAU, UHCD, Dialyse, Soins palliatifs	Depuis le réseau gérontologique
A2	Femme	50-55 ans	Gériatrie, USSR, USCD, UHPAD	Depuis le réseau Symbiose
A3	Femme	40-45 ans	EMSP, HAD	Depuis le réseau Symbiose
A4	Femme	50-55 ans	UCC, Chirurgies : orthopédique, viscérale, gynécologie, urologie	Depuis le réseau Symbiose

Professionnels de la PTA des Hautes-Alpes :

	Sexe	Âge	Fiche de poste
PTA1	Femme	40-45 ans	Gestionnaire de cas
PTA2	Femme	30-35 ans	Pilote projet parcours territoire
PTA3	Femme	40-45 ans	Infirmière coordinatrice sur le Sud du département
PTA4	Femme	35-40 ans	Infirmière coordinatrice sur le Nord du département
PTA5	Femme	55-60 ans	Médecin coordinateur

3.3 Entretien individuel semi-dirigé

3.3.1 En amont de l'entretien

L'entretien semi-structuré ou semi-directif comporte des questions ouvertes pour inciter l'interlocuteur à exprimer le maximum d'idées sur le thème de la question de recherche. Par des phrases de relance, chaque participant de l'étude est amené à décrire librement son expérience concernant les difficultés personnelles rencontrées lors de la coordination des soins complexes en lien avec la PTA 05.

Pour cela, un guide est préalablement construit et validé par le directeur de thèse, celui-ci a été adapté aux trois populations interrogées. Au fur et à mesure des temps d'échanges avec les interlocuteurs, les guides d'entretien évoluent pour approfondir certains thèmes et affiner la recherche.

Les guides d'entretiens finaux sont situés dans les Annexes 3, 4 et 5.

Le lieu et la date des entretiens sont laissés au choix de la personne interviewée en fonction des disponibilités du chercheur.

3.3.2 L'entretien semi-structuré

Un contexte de confiance est recherché en rappelant qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses ni de jugement. La possibilité d'enlever une partie des réponses est possible à tout moment par l'interviewé.

Le respect de l'anonymat et de la confidentialité sont rappelés au participant.

Répondant à une méthodologie précise, la recherche qualitative nécessite un enregistrement vocal pour une retranscription de l'entretien la plus exacte possible.

Un préambule avec présentation générale du sujet est développé puis l'entretien commence.

3.3.3 Réalisations des entretiens

Nombre d'entretiens réalisés : 14 entretiens.

Durée totale des entretiens : 7 heures 5 min 35 sec.

Durée moyenne des entretiens : 30 minutes.

3.3.4 En aval de l'entretien

L'enregistrement vocal est retranscrit sur le document Microsoft Word. Une copie de celui-ci constitue la base de travail pour l'analyse des données.

3.3.5 Aspect légaux

Les participants sont informés de l'exploitation des données enregistrées et leur consentement est recueilli par écrit (Annexe 2) avant l'entretien.

La confidentialité est respectée par la destruction intégrale des enregistrements vocaux. La retranscription intégrale des entretiens n'apparaît pas en annexe pour maintenir l'anonymat des participants.

3.4 Analyse des données

3.4.1 La théorisation ancrée

L'analyse des données est réalisée par étapes successives selon la méthode de la théorisation ancrée (21) aboutissant à la modélisation.

Au cours de l'analyse des entretiens retranscrits, chaque morceau de phrase ou ensemble de phrases présentant un intérêt pour l'étude est extrait et appelé verbatim. Chaque verbatim est synthétisé par quelques mots qui constituent un code.

Les codes qui ont la même signification sont assemblés pour créer des catégories.

Elles sont aussi étudiées et associées à d'autres catégories pour former des grands thèmes. Ceux-ci sont les piliers de l'analyse des données.

La mise en évidence d'interrelations entre ces thèmes aboutit à la construction d'un schéma appelé modélisation.

3.4.2 Le double codage

Le double-codage est une technique apportant de la fiabilité et une plus grande rigueur à la méthode grâce à deux analyses indépendantes.

Un premier codage a été réalisé par le premier chercheur. Un second chercheur a analysé chaque entretien en faisant apparaître de nouveaux verbatims. Les codes finaux sont le fruit d'une mise en commun des interprétations et d'une discussion argumentée entre les deux chercheurs.

Le double-codage a été réalisé pour toutes les étapes de la théorisation ancrée et ce jusqu'à la modélisation.

3.4.3 La saturation des données

L'obtention de la saturation des données se produit lorsqu'il n'y a pas de nouvelles idées ou concepts générés sur deux entretiens successifs.

En pratique, elle est obtenue lorsqu'il n'y a pas de nouveaux codes au cours de deux entretiens consécutifs analysés.

3.4.4 La modélisation

Elle est le résultat d'une analyse, entre les deux chercheurs. Le modèle permet de comprendre les interrelations des données recueillies.

3.5 Recherches bibliographiques et logiciels utilisés

- SUDOC, DUMAS : pour les travaux de recherches déjà réalisés.
- PUBMED (LISSA : contenu francophone, EM-PREMIUM, SCIENCEDIRECT, CAIRN).
- ZOTERO : pour organiser les références bibliographiques choisies.

3.6 Conflits d'intérêt ?

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

4. RESULTATS

Dans la démarche d'organisation des résultats, l'intention de cette étude est que le lecteur :

- S'il est médecin, soit averti des points de rupture potentiels dans sa démarche de collaboration actuelle ou future avec la PTA 05.
- En seconde intention, le financeur qui est l'ARS, pour lui permettre de contribuer à sa démarche d'amélioration continue, quant au fonctionnement de la PTA (05), avec l'avis des acteurs de terrain.

Le plan est construit des éléments les plus centrés sur le fonctionnement de la PTA, aux facteurs d'impact les plus élargis.

4.1 Fonctionnement de la PTA des Hautes-Alpes

4.1.1 La structure de la PTA 05

4.1.1.1 Nouvelle structure, expérimentale dans la région

L'absence de référence de fonctionnement et la création récente de la structure ont été signalé par un membre de la PTA.

PTA5 : « c'est un peu expérimental au niveau de la région PACA »

4.1.1.2 Changement récent de fonctionnement

Le réseau Symbiose s'est transformé pour devenir PTA ce qui a entraîné une modification dans la coordination par la PTA. Cela a engendré une temporalité différente avec des prises en charges à plus court terme ce qui est regretté par une assistante sociale.

AS3 : « Avec le changement assez récent sur la PTA, avant ils faisaient des prises en charge à long terme, et que maintenant non »

Une supervision à plus long terme et pas seulement temporaire serait préférée.

AS3 : « le besoin c'est peut-être qu'il y ait quelqu'un en vigilance, un peu en second ou troisième ligne mais qui puisse être là sur du long terme et nous resolliciter si la situation se dégrade »

4.1.1.3 Échanger entre les autres PTA de la région

Corriger l'absence d'échanges de pratiques entre les infirmières de coordination des autres PTA de la région pourrait améliorer les actions.

PTA2 : « On n'a pas tant d'échanges de pratiques »

4.1.1.4 S'adapter aux multiples niveaux décisionnels

Les deux catégories de professionnels dont la coordination fait partie de leur mission (membre de la PTA et assistantes sociales) évoquent que leurs plans d'action sont freinés par la multitude de niveaux décisionnels, voire même confrontés à une infaisabilité.

PTA2 : « Les principaux freins qui m'empêcheraient de mettre en place une action c'est ça en fait. Simplement des interactions, des conflits politiques à des moments donnés »

PTA2 : « on a des plans d'action, on s'imagine un truc et puis là on se dit que concrètement, on n'est pas du tout sur la même, on est face à des blocages financiers, techniques, politiques des fois, et on ne peut pas en fait ! »

L'adaptabilité aux décisions politiques nationales est aussi un frein dans les plans d'action. L'absence de communication des financeurs implique une méconnaissance des acteurs de terrain sur les projets nationaux :

AS3 : « le plus compliqué c'est de cerner les projets de l'ARS » ; « Qui va être phagocyté par qui ? » ; « Des fois on n'a pas trop de lisibilité »

4.1.2 Au sein de l'équipe de la PTA 05

4.1.2.1 Répondre à la permanence téléphonique

La nécessité pour un membre de la PTA de participer à la permanence téléphonique diminue le temps de coordination de terrain. Un cinquième du temps de travail est consacré à répondre à la permanence téléphonique et parfois ce temps peut être supérieur.

PTA4 : « tous les lundis je dois être à Gap pour assurer la permanence téléphonique. Ça c'est extrêmement pesant parce qu'il faut réussir à organiser [...] c'est compliqué de gérer une obligation de présence au bureau en souhaitant se rendre disponible pour les professionnels »

PTA4 : « quand il y a un arrêt maladie, des congés, il faut qu'on se relaie donc ça veut dire plus de présence au bureau [à la permanence téléphonique] et moins sur le terrain »

4.1.2.2 Intégrer les spécificités des IDEC (infirmières de coordination)

La coordination est un nouveau métier pour les récents membres de la PTA en particulier pour les infirmières.

PTA3 : « parce qu'on est dans le soin d'habitude »

PTA2 : « avec les infirmiers juniors on le voit c'est compliqué »

L'absence de formation initiale à la coordination rend difficile la prise de poste.

PTA2 : « les infirmiers ne sont pas formés à la coordination dans leur formation initiale »

PTA2 : « on n'arrivera pas à recruter, je pense à d'autres territoires qui auront peut-être d'autres difficultés ou je ne sais pas, et dans ces cas il faudrait peut-être réfléchir à ça, à des formations, aux infirmiers »

Un profil particulier des infirmières de coordination est recherché qui puisse répondre à la complexité de demandes et être polyvalente.

PTA4 : « *notre mission c'est de répondre aux professionnels qui sont en difficultés quelle que soit la situation* »

PTA2 : « *c'est compliqué, parce que les missions de la PTA c'est tout public, tout venant, être super réactif, connaître super bien son territoire* »

PTA2 : « *c'est peut-être difficile par contre pour une PTA de recruter. C'est quand même un profil d'infirmières très spécifique* »

Ce profil spécifique est un frein au recrutement ce qui a conduit à un déficit de personnel au sein de la structure et un risque de dysfonctionnement en cas d'absences.

PTA3 : « *on a été un peu mal mené au niveau RH, donc il manquait une infirmière puis deux* »

PTA3 : « *cette période où on était deux au lieu de quatre donc c'était une période où on était en nombre insuffisant et c'est dur de ne pas répondre à la demande* »

De nouvelles recrues ont à présent intégré la structure.

L'importance de la distanciation professionnelle est essentielle, particulièrement dans une profession où les demandes concernent des situations complexes.

PTA3 : « *ça m'affecte parce que je me perds trop [...] je me laisse parfois envahir par les problèmes des gens, et ce n'est pas mon rôle* »

4.1.2.3 Échanger au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Des situations complexes ont été résolues grâce aux échanges pluridisciplinaires.

PTA3 : « *elle [médecin coordonnateur] nous apporte justement ces orientations là que parfois moi je ne vois pas clairement* »

Les analyses de situations en réunions sont nécessaires et augmentent l'efficacité des infirmières de coordination.

PTA3 : « un des freins que je peux ressentir mais du coup on en parle en équipe »

4.1.2.4 S'adapter à la fusion MAIA-PTA

Lors de la transformation du réseau Symbiose en PTA, les deux entités MAIA et PTA ont été réunies.

Cette fusion n'est pas toujours bien acceptée :

PTA2 : « ce qui est difficile d'ailleurs sur les autres territoires, il y a des petites tensions entre centre MAIA et PTA, c'est compliqué »

Cette fusion MAIA et PTA peut être source de confusion pour les assistantes sociales :

AS4 : « il y a la PTA et la MAIA, la MAIA c'est sur du long terme et la PTA c'est pour mettre des choses en place »

AS4 : « savoir si la situation ressort plus de la PTA ou de la MAIA »

4.1.2.5 Former les professionnels de la PTA aux publics nouveaux et aux dispositifs dédiés

A plusieurs reprises, l'absence de formation à la coordination a mis en difficulté un membre de la PTA.

PTA3 : « en tant que nouvelle recrue j'ai beaucoup de difficultés dans la compréhension du milieu social ou psychosocial »

PTA3 : « et il n'y a pas de formations non plus [sur tous les types de publics] »

PTA3 : « je pense que j'ai été en difficultés sur ma première situation de handicap »

Une formation à la coordination aurait été appréciée lors d'une remise à niveau.

PTA3 : « tout ce qui est dispositif national j'étais un peu loin »

4.1.3 Traiter les informations

4.1.3.1 Utiliser les outils disponibles

Dans plusieurs interviews, les professionnels de la PTA ont expliqué avoir eu des difficultés avec les outils de travail en place et le besoin d'obtenir des outils technologiques performants.

PTA1 : « *c'était très compliqué (mails, téléphone), et puis je me suis aperçue qu'il avait un problème de fax, mais je ne le savais pas* »

PTA2 : « *refaire penser au moins le parc informatique parce que pareil les ordinateurs sont obsolètes* »

La dichotomie entre les résultats attendus et les moyens technologiques mis à disposition a été pointée du doigt.

PTA2 : « *on demande d'être super réactives mais avec zéro moyen en fait* »

Le logiciel-métier a été particulièrement ciblé.

PTA3 : « *il y a des logiciels beaucoup plus ergonomiques* »

PTA2 : « *être doté au niveau informatique, du logiciel-métier* »

L'échéance incluse dans le logiciel est source de rupture dans la continuité de la prise en charge.

PTA1 : « *après ["3 mois maximum"], euh, dans le logiciel c'est fermé. La demande d'intervention est fermée* »

4.1.3.2 Accéder aux informations

L'obtention des informations à caractère médical nécessite une demande auprès des médecins ce qui ralentit le plan d'action par la PTA.

PTA1 : « *c'est plutôt moi qui vais chercher les informations, et puis c'est les personnes qui l'accompagnent qui me le disent* »

PTA3 : « *ça ne nous permettrait pas d'avancer et d'adapter le plan d'aide de la personne* »

Le délai d'obtention des informations est plus long avec les médecins spécialistes.

PTA3 : « *j'ai eu deux demandes de compte-rendu où je n'ai pas eu de retour, euh avec les neurologues c'est un peu plus long* »

4.1.3.3 Transmettre les informations

La transmission d'informations est problématique à plusieurs niveaux.

- Traçabilité

Au sein même de la PTA la traçabilité est très chronophage, mais nécessaire :

PTA3 : « *il faut une traçabilité [...] c'est un frein dans le temps, c'est-à-dire que c'est très chronophage* »

- Transmission d'informations de la PTA vers les médecins

Lorsque la PTA souhaite transmettre des informations aux médecins, elle n'est pas toujours en possession de leurs adresses mails, et les obtenir est difficile.

Il n'y a pas d'échange d'annuaires entre les institutions publiques.

PTA2 : « *la newsletter aussi ! On essaye chaque fois de récupérer l'adresse mail* »

PTA2 : « *la CPAM aussi, on sait qu'elle a un listing de professionnels, et c'est dommage parce qu'on sait qu'on ne peut pas utiliser* »

- Transmission d'informations de l'hôpital vers la PTA

Au moment de la demande vers la PTA, le professionnel doit s'adapter au fonctionnement de chaque médecin comme par exemple remplir un recueil de données par téléphone.

M4 : « *je donne le maximum de renseignements par téléphone, parce que sinon je perds un temps fou* »

En vue du retour à domicile d'un patient, la PTA n'est pas systématiquement informée. Ce dysfonctionnement dans la chaîne de transmission des informations empêche l'anticipation nécessaire à la PTA pour réinstaurer le plan d'aide à domicile.

AS4 : « *quand ils [la PTA] suivent des gens et après quand les gens sont hospitalisés, des fois ils disaient qu'on ne les tenait toujours pas au courant du devenir de ces personnes-là, du retour à domicile...* »

AS4 : « *ils n'étaient pas au courant du retour à domicile d'une personne donc la PTA n'avait pas remis les aides en place* »

- Transmission d'informations du patient à l'hôpital

Une fois le patient hospitalisé, les informations le concernant ne sont pas transmises à l'hôpital pour respecter les informations confidentielles.

AS1 : « *La PTA nous envoyait ses listes et puis on les a plus. Si jamais la famille ou la personne ne nous dit pas s'il y a déjà la PTA, on ne sait pas* »

- Transmission d'informations dans le suivi du patient à domicile

Le médecin remplaçant n'est pas toujours au fait de la situation du patient, la PTA doit le prendre en considération.

M2 : « *peut-être que ça lui [PTA] paraissait évident* »

- Transmettre les informations sur les besoins globaux du patient au service de soins

PTA2 : « *le patient arrive comme ça et à l'hôpital on n'identifie pas s'il y a des aides, si la personne est connue si elle va réussir toute seule* »

4.1.3.4 S'adapter aux sources d'informations (problématique du médecin remplaçant)

Il est difficile pour le médecin remplaçant de donner des informations à la PTA sans connaître la situation et ne peut pas être une source d'information fiable.

M2 : « on n'a pas de vision d'ensemble de la situation »

M2 : « je ne connaissais pas leur degré d'autonomie donc c'est difficile de répondre tout de suite à la question »

Le médecin doit aller chercher les informations ce qui demande un temps supplémentaire à prendre en compte par la PTA.

M2 : « j'ai dû prévoir une visite puis rappeler la PTA »

4.1.4 Répondre aux demandes

4.1.4.1 Origine des demandes

La PTA a initialement été créée pour appuyer les médecins libéraux dans la coordination.

M5 : « la PTA n'est pas sollicitée par l'hôpital, elle est sollicitée par les libéraux »

Malgré l'objectif initial, l'origine des demandes vient majoritairement de l'hôpital.

PTA1 « Mais c'est eux qui nous orientent le plus de personnes, les assistantes sociales. Beaucoup moins les libéraux... Mais ça arrive, de plus en plus d'ailleurs »

Le recrutement hospitalier n'avait pas été prévu lors de la création de la PTA.

Un médecin libéral affirme que les demandes envers la PTA seront croissantes d'où l'intérêt de la développer.

M5 : « structure qui est indispensable aux libéraux et qui va ne faire que se développer parce que le problème c'est qu'on manque de temps, il y a une demande de soins qui est exponentielle avec une démographie médicale qui est variable »

4.1.4.2 Intégrer la complexité des demandes

La PTA est limitée dans la résolution de situations qui sont sans solution.

AS1 : « elles [les situations] restent insolubles que ce soit pour la PTA ou pour tout le monde quoi »

4.1.4.3 Accueillir et suivre la demande

La demande d'aide écrite grâce au FAM n'est pas systématique et obligatoire pour une situation relevant de la PTA.

AS2 : « Normalement il est obligatoire pour la MAIA (la gestion de cas), moins obligatoire pour la PTA. Mais moi je leur fais à chaque fois, ça leur fait une base »

Après la réception de la demande d'aide, la PTA doit étudier en globalité la situation ce qui demande un temps d'instruction long.

PTA3 : « ces situations difficiles sont quand même chronophages, avec un travail d'enquête pour être sûrs qu'on a tous les tenants et les aboutissants »

En fonction des situations, une première rencontre et une évaluation précise avec le patient concerné est nécessaire.

PTA4 : « par contre si les aidants ne sont pas très présents, que le médecin a besoin d'un coup de main, là de ne pas connaître le patient [...] ça va être un frein »

La méconnaissance du dossier par le médecin remplaçant complique le suivi de la demande.

M2 : « j'avais l'impression que la dame de la PTA n'était pas trop informée de toutes les personnes (infirmiers...) qui gravitaient autour. J'avais cette impression parce que je ne connaissais pas le patient non plus »

La fiche de suivi est non standardisée.

PTA1 : « Après à nous, de rentrer ce dont on a envie ! Il y a des choses obligatoires »

4.1.4.4 Intervenir

Le mode d'intervention de la PTA peut être réalisé à distance par téléphone dans certains cas, mais l'évaluation au domicile du patient apporte une qualité indiscutable.

Un membre de la PTA explique que l'évaluation à distance diminue la qualité de l'instruction.

PTA4 : « et c'est ce que les professionnels attendent : c'est de pouvoir avoir notre éclairage, compléter leur vision et ça par contre par téléphone ce n'est pas possible »

L'évaluation à distance se heurte aux capacités cognitives, psychiques et sensorielles du patient pris en charge.

PTA4 : « en plus il y a des personnes qui sont sourdes ! On ne peut PAS leur parler par téléphone, ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit parce qu'ils entendent mal ! Pour peu qu'ils aient de légers troubles cognitifs mais qu'ils donnent le change et du coup on va être à côté de la plaque ! »

L'évaluation à domicile par la PTA peut aussi être une commande précise du médecin libéral qui demande une évaluation pluridisciplinaire pertinente.

PTA4 : « quand le professionnel nous demande de venir nous aussi compléter l'analyse et si on nous dit : non vous ne pouvez plus faire ! [Limitation de l'évaluation à domicile par l'ARS] et bien ça n'a plus trop d'intérêt. Parce qu'on va répondre qu'à moitié ou peut-être même à côté de la plaque »

Toutes les étapes d'une évaluation complète par la PTA ne peuvent être réalisées à distance.

PTA4 : « réunions de coordinations avec les partenaires, des évaluations à domicile, on se déplace, on fait le lien avec les médecins, avec les infirmières, c'est vraiment un énorme boulot. Et que par téléphone, il y a des choses qu'on loupe, c'est obligé ! »

Les interventions physiques de la PTA apportent de l'efficacité à la coordination.

PTA4 : « *mais l'aspect présence, physique, rien qu'avec des professionnels ça crée du lien et ça crée une facilité de travail et une qualité et une rapidité aussi* »

4.1.4.5 Traiter la quantité de sollicitations

La PTA est confrontée à un nombre important de demandes et la gestion de ce flux pose problème.

AS3 : « *voire même à être overbooké parce qu'ils sont très sollicités par les services* »

Plusieurs assistantes sociales ont énoncé la problématique du temps d'attente concernant la PTA voire l'impossibilité de répondre aux nouvelles demandes.

AS4 : « *moi la difficulté que j'ai eu avec la PTA c'était quand ils étaient vraiment coincés coincés et ils nous disaient qu'il y avait au moins un mois d'attente* » [...] « *la PTA ne pouvait plus prendre de nouvelles personnes et là c'était un peu dur !* »

Le délai de prise en charge est parfois long pour une demande de gestion de cas.

AS2 : « *le problème de la MAIA c'est qu'ils ont des fois des listes d'attentes donc c'est toujours des situations très très compliquées* »

Le manque de personnel au sein de la PTA pour répondre aux demandes est suggéré.

AS2 : « *peut-être des gestionnaires de plus!* »

4.1.4.6 Fonctionner dans l'urgence

Le fonctionnement de la PTA n'est pas conçu pour répondre aux besoins dans l'urgence.

Les médecins libéraux l'ont bien compris.

M5 : « *on sait qu'il y a toujours quelques jours de délai. Par exemple pour une sortie le vendredi on sait que la PTA n'interviendra pas avant la semaine suivante* »

M5 : « le délai de la PTA est en terme de jours, donc c'est des délais raisonnables, pour le jour même ce n'est jamais possible, comme nous. C'est quelque chose qui est irréalisable »

AS1 : « la PTA n'est pas adaptée à faire le pompier de service »

Pourtant la PTA est confrontée à l'urgence.

AS1 : « déjà ça, normalement le pompier PTA ça ne devrait pas arriver »

PTA2 : « les retours à domicile étaient un petit peu compromis, parce qu'il fallait d'urgence »

Dans plusieurs cas, la PTA est sollicitée par l'hôpital en situation d'urgence comme roue de secours. La structure est en difficultés face à l'impossibilité d'anticiper le plan d'aide où une organisation éclair lui ait est demandée.

M4 : « s'il nous reste que un jour ou deux, hop on appelle la PTA »

M4 : « typiquement, quelqu'un qui tombe, il n'y a pas lieu d'hospitaliser, quelques fois on hospitalise pour un motif exclusivement social mais on n'aime pas trop. Donc à ce moment-là : assez rapidement j'ai pris l'habitude d'appeler la PTA »

4.1.5 Evaluer les actions

4.1.5.1 Recenser les points de rupture

Un nombre important de fiches de rupture est remonté à l'ARS par la PTA.

PTA2 : « Oui voilà parce que ces points de rupture là [absence d'intervenants à domicile] sont clairement identifiés, c'est des situations qui nous sont remontées tout le temps, donc c'est justement qu'on remonte à l'ARS » [...] « il y en beaucoup »

4.1.5.2 Retours des évaluations invisibles

Malgré le nombre important de remontées à l'ARS, la PTA évoque le problème des retours invisibles des décideurs-financeurs

PTA1 : « *c'est le travail de faire remonter les ruptures de parcours aux autorités compétentes, département, ARS, tout ça ! Après encore faut-il qu'il y ait un retour descendant* »

PTA2 : « *à part faire des remontées et dire qu'il [logiciel-métier] n'est pas pratique, c'est compliqué* »

PTA3 : « *si nous on en fait, des fiches de rupture, c'est vraiment pour qu'il y ait une solution de territoire qui soit donnée* »

4.2 Communiquer

4.2.1 Faire connaître la PTA

4.2.1.1 Être identifié

La PTA peut avoir du mal à être identifiée au niveau des médecins.

M2 : « *je ne connaissais pas et je ne savais pas ce que c'était et à quoi ça servait* »

M5 : « *c'est une structure qui est nouvelle, que tout le monde ne connaît pas* »

La PTA n'est pas toujours connue par les patients.

M2 : « *la famille est souvent un peu perdue. Je ne sais pas si les patients sont au courant de la PTA et de ce que c'est* »

M2 : « *c'est compliqué pour les personnes âgées d'avoir plein de personnes et que peut-être s'ils ont une fiche avec tout de numéroté* »

4.2.1.2 Faire comprendre la PTA

Le médecin remplaçant interrogé n'a pas compris l'intérêt de la PTA, son champ d'action, son fonctionnement, sa population cible.

M2 : « je n'arrive pas à me rendre compte à quoi ça sert, de l'utilité »

M2 : « et je ne sais en plus qui met en place ça, si c'est le médecin qui demande ? Si c'est la PTA ? Les infirmières qui demandent ? Je ne sais pas qui a droit à cette plateforme ? »

4.2.1.3 Faire connaître les missions de la PTA 05 (dont l'EGS)

Les missions de la PTA ne sont pas toujours bien connues par les demandeurs ce qui peut conduire à de mauvaises orientations dans la prise en charge.

AS4 : « c'était quand quelqu'un rentrait à domicile mais c'était pour chercher des places en Ehpad je crois. Après ils avaient dit "non", eux ils sont plus là pour coordonner les aides, ce n'est pas spécialement pour chercher des places en Ehpad »

Une des particularités de la PTA (05) est la compétence de réaliser une expertise gériatrique qui est mal connue des demandeurs.

AS4 : « déjà ça fait pas longtemps que je sais qu'ils font ça [expertise gériatrique] »

4.2.2 Communiquer vers des cibles multiples

La PTA doit être vigilante à la communication et la cibler envers les multiples et différents demandeurs d'interventions : des médecins libéraux à l'entourage du patient ainsi que les infirmières libérales, les assistantes sociales de l'hôpital, les neuropsychologues, les médecins hospitaliers...

AS4 : « on n'est pas les seuls en tant que professionnels à pouvoir solliciter la PTA »

PTA5 : « il y a plein d'autres acteurs qui nous sollicitent, ça peut être les infirmières »

4.2.2.1 Communiquer avec les demandeurs de premier niveau

4.2.2.1.1 Avec les médecins traitants

D'une part, la communication envers les médecins libéraux ne couvre pas l'ensemble de la profession.

Le médecin remplaçant interrogé n'a pas reçu d'informations.

M2 : « *parce que je n'ai jamais été trop informée de comment ça se passe* »

Parfois, la communication est éloignée du quotidien de certains médecins libéraux.

M1 : « *leur communication est parfois un peu décalée par rapport à ce qu'on fait au quotidien [...] la communication qui nous est destinée pourrait être plus concrète on va dire* »

Ce même médecin libéral souhaite que la communication soit plus factuelle avec des exemples de situations concrètes.

M1 : « *[la communication] soit plus simple de temps en temps par rapport à la réalité d'un cas ou d'un patient qu'à pu être dénouée, par exemple un médecin qui a été facilité dans sa profession par le système [l'aide de la PTA]* »

D'autre part, la PTA est confrontée au manque d'efficacité de son mode de communication.

La gestion des mails des médecins est un obstacle, car ils ne sont pas tous lus.

M1 : « *les mails qu'on reçoit de la PTA ils sont proscrités rapidement on va dire, voire pas ouverts* » [...] « *on reçoit beaucoup de messages et il y a beaucoup de structures différentes* »

Lorsque que le lien est fait, la PTA doit s'adapter aux modes de communication individuelle de chaque médecin.

PTA4 : « *parfois on communique par mails, et par texto pour certains : ça marche bien* »

4.2.2.1.2 Avec les services hospitaliers

La PTA doit aussi adapter sa communication en relation avec les différents services hospitaliers.

PTA1 : « les services de médecine gé, interne, ça fonctionne bien ! Si c'est des services plus spécifiques, ils ont moins la connaissance [de la PTA] »

4.2.2.2 Communiquer avec les intervenants de terrain

4.2.2.2.1 Avec les partenaires

L'absence de communication avec certaines structures a été repérée.

PTA1 : « le manque de communication parfois, avec certaines structures »

La PTA doit veiller à intégrer tous les partenaires dans leur communication.

PTA2 : « on essaie d'oublier personne, de repérer tous les partenaires qui travaillent »

4.2.2.2.2 Avec les organismes publics

La PTA pointe du doigt les difficultés de communication avec les mandataires judiciaires.

PTA1 : « aux mandataires judiciaires, où il peut y avoir des problèmes de communication et d'échanges qui ne sont pas fluides »

L'échange d'informations entre d'autres organismes publics est freiné par la confidentialité propre aux structures et au règlement de protection des données personnelles (RGPD)

PTA3 : « mise à part la MDPH [...] c'est assez fermé, que ce soit secret médical, secret professionnel, c'est difficile d'accéder à l'information ou d'avoir le nom d'un référent ou un dossier »

4.2.3 Communiquer sur des publics multiples

La PTA s'est diversifiée ; elle doit informer sur le nouveau périmètre d'action vers de nouveaux publics et remplacer les idées anciennes.

PTA2 : « *on très étiqueté quand même personnes âgées, et c'est un peu la principale difficulté en fait, de sortir de ça* »

PTA2 : « *les professionnels aussi du territoire gardent ce souvenir du réseau gériatrique* »

4.2.4 Méthode de communication

4.2.4.1 Trouver le bon mode de communication

Pour que la communication soit la plus efficace, la préférence des interlocuteurs doit être repérée.

M1 : « *une fois que le généraliste a accepté de recevoir la personne [de la PTA], c'est gagné* »

Le moyen le plus adéquat n'est pas toujours le plus rapide.

PTA3 : « *parce que le mail ou le téléphone on est tous directs, on va à l'essentiel* »

Le respect de la confidentialité, par exemple pour la transmission d'informations, est limité par téléphone.

PTA3 : « *le téléphone ça peut être n'importe qui qui demande* »

4.2.4.2 Réactualiser la communication

La communication active et permanente est nécessaire.

PTA2 : « *on n'arrête jamais d'ailleurs, on fait que ça finalement des échanges, continuellement, toute l'année* »

PTA2 : « *il faut multiplier les canaux en fait, il faut s'en arrêter faire* »

Faire vivre le réseau d'intervenants, avec des échanges et obtenir une connaissance mutuelle conduit à des prises en charge de qualité et sans rupture.

PTA4 : « *cet échange avec tous les professionnels, ça crée vraiment une émulsion autour des situations extrêmement complexes* »

Mais la communication est un aspect très chronophage et bien qu'indispensable, des moyens supplémentaires seraient pertinents.

PTA2 : « *en terme de communication, à part peut-être d'avoir quelqu'un de dédié* »

PTA2 : « *il faudrait un animateur territorial, qu'il ne fasse que ça, que ce soit son job. Alors là je pense que ça irait 10 fois plus vite dans la com !* »

4.3 Construire une prise en charge adaptée

4.3.1 Comprendre les spécificités du patient

Avant tout plan d'action, la prise en compte de tous les éléments constructifs d'une situation individuelle est essentielle.

PTA : « *chaque situation est vraiment particulière* »

Les spécificités des profils des patients sont à connaître.

4.3.1.1 Vieillesse de la population

La problématique d'une population de plus en plus âgée est un élément impactant.

AS1 : « *c'est-à-dire qu'on a une population âgée, fragile, qui augmente, qui s'adresse aux services de soins* »

4.3.1.2 État de fragilité

- Permanent, avec un état de fragilité reconnu

La complexité des aides et de leur coordination sont majorées pour les publics dits « fragiles ».

AS1 : « *c'est ça qui pose problème: c'est à la fois la chronologie et à la fois qu'on veuille faire un projet de vie avec des gens âgés et/ou en situation de handicap dans un temps très court* »

- Temporaire, avec une autonomie relative

L'autonomie habituelle d'un patient est mise à mal lorsqu'un accident de vie survient et doit être intégrée dans l'étude de la situation.

AS1 : « *la même qui vit toute seule, qui marche avec son déambulateur ou avec ses cannes, et bien elle, elle va avoir besoin d'aides en urgence parce que le relatif est négatif* »

La fragilité temporaire peut être psychique et la vigilance devant un état de sidération doit être accrue.

AS1 : « *et il n'y avait plus rien à faire, on avait une dame qui était hermétique. Qui voulait sortir mais qui ne voulait pas sortir, parce qu'elle n'était plus capable de ne rien faire* »

Cet état de sidération a conduit à une incapacité de prise de décision.

AS1 : « *et en plus c'est terrible, on aurait dit : oui mais elle est autonome, elle est capable de décider, mais Non ! Elle était autonome et capable de décider avant cette annonce ! Après cette annonce il fallait la sortir de la sidération* »

Pour respecter le choix du patient, qui est un devoir éthique, le temps d'information sur la PTA chez les patients en état de fragilité est non négligeable.

AS4 : « *leur [les patients] demande s'ils sont d'accord de l'intervention de la PTA* »

4.3.1.3 Aspect médical

La présence de troubles chez le patient complexifie l'élaboration de leur prise en charge.

Dans certaines situations, la demande d'aide auprès de la PTA est inhérente aux troubles psychiatriques.

M3 : « *quand je ne m'en sors pas toute seule avec les patients. Souvent il y a un versant psychiatrique important* »

L'anosognosie par le patient ou la non reconnaissance des troubles par l'entourage empêchent la mise en place du plan d'action.

AS2 : « *soit des gens qui n'ont pas la reconnaissance de leurs troubles, et parfois de la famille aussi. Et du coup on sent que les aides ne vont pas être mises en place et que ça ne va pas tenir* »

Avec parfois un refus catégorique de la part du patient.

AS2 : « *une dame qui a des troubles cognitifs, qui ne s'en rend pas compte du tout. Elle met les aides à la porte tout le temps* »

Face à des difficultés d'acceptation chez un patient atteint de troubles cognitifs, la négociation pour mettre les aides en place est un travail de longue haleine.

AS2 : « *le but c'est de mettre les aides et d'aider à les faire accepter à madame* »

La conséquence des troubles cognitifs retentit sur l'entourage de la personne atteinte. La prise en charge globale est de veiller à prévenir les situations de violence et d'éviter un épuisement de l'aidant principal.

AS2 : « les époux qui sont à domicile ou même des fois les enfants, craquent un peu [...] des fois les gens sont très violents, les déments peuvent être violents donc ils peuvent frapper, ... C'est très très compliqué »

Les professionnels de la PTA se retrouvent face à des profils de patients complexes et pour lesquels une connaissance partielle peut compliquer la prise en charge.

PTA3 : « même si j'ai fait beaucoup de domicile, donc public plus âgé et donc je me sens plus à l'aise sur des situations comme ça avec perte d'autonomie que sur un profil psychiatrique, SDF, petite enfance »

PTA3 : « c'est vraiment un travail d'enquête minutieux. Et si on ne connaît pas trop le profil de ces personnes-là, handicap, toxico, psy, ouais... Mesure de protection [...] j'ai eu plusieurs situations vraiment difficiles »

4.3.1.4 Aspect social

L'isolement social et le manque d'aides de proximité font partie du quotidien de certains patients, cet état de fait doit être inclus dans la prise en charge.

PTA5 : « il y a des personnes qui sont en état d'incurie, qui ne sortent plus de chez eux ! Qui ne sont plus aidées par le voisinage, qui se sont renfermées sur eux-mêmes ! »

AS2 : « des personnes âgées qui sont complètement isolées, qui n'ont pas de famille, par exemple des vieux célibataires ou des gens qui ont coupé tous les ponts qui se retrouvent vraiment tous seuls, c'est très compliqué »

Au domicile du patient, un isolement associé à des troubles cognitifs complexifient la mise en place des aides, en particulier au niveau administratif : que ce soit dans le recueil d'informations ou dans l'accès aux documents nécessaires.

AS2 : « bah les gens isolés c'est toujours très compliqué quand on a des personnes âgées isolées, pour peu qu'ils aient des troubles cognitifs c'est très très compliqué parce qu'on a pas accès à tout »

AS2 : « quelqu'un qui rentre et qui est complètement dément en gros et qui ne peut pas nous donner les infos, s'il n'y a personne autour de lui pour aller les chercher, nous on n'a pas le droit »

4.3.1.5 Aspect environnemental

Dans la prise en charge globale d'un patient à domicile, l'état du lieu de vie est un élément majeur à analyser.

AS33 : « l'environnement avec le logement qui est inadapté »

4.3.1.6 Public nouveau pour la PTA (05)

Travailler avec un nouveau public ou un public spécifique inhabituel est une problématique à surmonter pour la PTA.

PTA2 : « je n'ai jamais travaillé dans ce domaine-là, on va dire, donc c'est plus difficile »

PTA2 : « pédiatrie on a quelques demandes »

4.3.2 Prendre en compte l'aidant principal

4.3.2.1 Vieillesse de l'aidant principal

Le vieillissement de la population dont le vieillissement des aidants principaux majore les besoins de plans d'aides à domicile.

AS1 : « quand on a 97 ans, on a fort probablement des enfants de plus de 70 ans. Donc eux aussi ils ont des pathologies et des problèmes de santé »

4.3.2.2 Perte de l'aidant principal

La perte de l'aidant principal entraîne une modification de l'ensemble du plan d'aide.

AS1 : « l'aidant principal qui a disparu »

AS3 : « l'absence d'aidant »

4.3.2.3 Épuisement de l'aidant principal « le deuxième malade »

Malgré la présence d'un aidant référant au domicile, les actions mises en œuvre doivent faire l'objet d'une prévention contre l'épuisement de l'aidant principal.

AS2 : « le mari a 91 ans donc il se retrouve à faire le ménage, les courses, le repas, veiller à ce que sa femme ne fasse pas de bêtises. Je l'ai eu hier au téléphone : il était en larmes »

AS2 : « le mari n'en peut plus, il a commencé un peu à lever la main sur sa femme. Ce n'est pas arrivé souvent, il dû lever la main une fois mais c'est quelqu'un qui est épuisé »

4.3.3 Évaluer le patient dans sa globalité

4.3.3.1 Évaluation automatique dans la procédure de la PTA ou commandée

Dans une démarche d'évaluation globale du patient, la PTA peut réaliser une EGS.

M5 : « sur les retours je vois que l'évaluation gériatrique standardisée est faite. Ce n'est pas moi qui la demande mais spontanément c'est eux qui vont la réaliser »

Cette démarche est toujours appréciée par les praticiens sollicitant la PTA, elle peut aussi être explicitement demandée pour étayer la prise en charge.

PTA4 : « bien sûr qu'il [MT] ne dit jamais non, au contraire. Et même des fois c'est sa demande à lui »

L'EGS est aussi commandée et financée par les institutions publiques.

PTA5 : « l'EGS est destinée au médecin traitant et quand c'est le département qui nous sollicite on envoie l'évaluation au médecin territorial du département »

4.3.3.2 Connaître l'environnement du patient

La connaissance du lieu de vie est essentielle pour la qualité du plan d'action à long terme.

AS1 : « mais si on le remet dans une mare, dans la vie, son environnement, la vie va être complètement différente »

Une évaluation très précise de l'environnement du patient, sur site et avec un entretien de l'entourage de proximité fait partie du temps diagnostic.

AS1 : « la PTA y va, et : ce n'est pas possible ! Le toit s'est effondré ! Heureusement que quelqu'un s'est inquiété de ça ! »

AS1 : « ils sont tombés mais c'est juste pas possible de rentrer chez eux ; parce qu'il y a les poubelles qui ont envahies l'appartement et qu'on ne peut que tomber dans cet appartement ! »

Bien qu'indispensable, l'expertise à domicile tendrait à être limitée par les financeurs (ARS).

PTA5 : « je pense que l'ARS PACA pense que c'est une perte de temps. Les administratifs voient les choses sur le papier. Ils ne sont jamais allés faire des visites à domicile, ils ne se rendent pas compte de ce que l'on peut rencontrer sur le terrain »

4.3.3.3 Evaluer les besoins globaux du patient à domicile

Dans le cadre d'une évaluation globale, la PTA est sollicitée pour trois raisons majeures :

- Une évaluation initiale des besoins au domicile
- Une évaluation du plan d'aide mis en place à domicile
- Un relai et un suivi à long terme au domicile

Dans certaines situations, face à la pluralité des sources et à leur discordance, une évaluation des besoins du patient à domicile est indispensable.

Une évaluation croisée et complémentaire entre tous les intervenants du domicile n'est parfois pas suffisante.

PTA5 : « mais quand il y a l'infirmière ou des personnes qui vous disent autre chose, que le médecin ne s'est pas rendu compte »

PTA5 : « [les services d'aides à la personne] ils interviennent sur des choses différentes et en parallèle et pas en globalité. Donc des fois, si on n'y va pas, on ne comprend pas ce qu'il se passe à domicile »

PTA4 : « dès que la personne est un peu isolée et bien on n'est obligés d'y aller parce qu'il nous manque des éléments et les professionnels n'arrivent pas à nous les apporter, il faut se déplacer »

Depuis le changement de fonctionnement (réseau Symbiose transformé en PTA), la structure est moins présente physiquement sur le terrain ce qui induit une diminution des expertises à domicile. Ce changement est regretté car l'évaluation semble moins pertinente.

AS2 : « quand c'était vraiment Symbiose, elles faisaient vraiment beaucoup de visites à domicile [...] Donc finalement c'est moins... ben en gros ce qu'elles font on peut presque le faire depuis l'hôpital, des fois. C'est juste le fait qu'elles puissent quand même aller vérifier au moins une fois si tout se passe bien à domicile »

AS2 : « parce que pour peu qu'il n'y ait pas de conjoint ou que les enfants soient quand même à l'extérieur du domicile, ils ne voient pas tout ce qui se passe. Et puis ils n'ont pas le même regard, forcément. Donc c'était vraiment aidant d'avoir quelqu'un qui pouvait aller à domicile et se rendre compte vraiment des besoins »

M3 : « elles nous donnent un autre regard parce qu'elles vont au domicile du patient, elles se rendent compte de l'environnement, ce que nous on n'a pas toujours le temps de faire »

656 Pour un maintien à domicile pérenne, la seule structure pouvant s'assurer que le plan d'aide soit actif et suffisant est la PTA.

AS2 : « la PTA puisse aller à domicile et se rendre compte sur place si les aides sont mises en place, si elles sont suffisantes... »

Le soutien attendu de la PTA à long terme est un suivi et un relais pour le domicile.

AS2 : « c'était plus aidant, c'était plus rassurant parce qu'on savait qu'il y avait plus un suivi derrière »

AS2 : « et oui c'est ça qui manque, parce que pour nous elles sont un peu nos yeux à la maison »

4.3.4 Prendre en compte l'expression des choix du patient

4.3.4.1 Respecter le choix du patient ou de son entourage

- Recueillir le consentement du patient

Le consentement éclairé du patient est une obligation légale pour agir.

Pourtant l'interdiction de se rendre dans le logement du patient sans son accord alors que cela est nécessaire représente une barrière dans certaines démarches.

AS2 : « ça a été très compliqué, parce que la police dit : bah non ce n'est pas nous, la justice dit : bah non c'est pas nous non plus, et les pompiers ne veulent pas non plus »

AS2 : « c'est des situations où personne a vraiment le droit d'intervenir, et on se retrouve bloqués »

La PTA peut se retrouver face à un refus du patient quant aux aides proposées.

M1 : « le patient il peut être opposant aux soins, au passage de l'infirmière, à tout ce qui se met en place »

M3 : « *c'est plus un comportement de la patiente qui ne veut plus d'aides en fait. Elle veut se débrouiller toute seule* »

Les aidants principaux aussi peuvent refuser les aides.

PTA3 : « *ils [les aidants] sont dans cette dynamique : je n'en peux plus mais ça va, je ne veux pas d'aide. Donc ça c'est difficile parce qu'on ne peut pas forcer...* »

PTA3 : « *il y en a un qui ne supporte pas qu'il y ait une intrusion à domicile* »

La méconnaissance de troubles cognitifs par l'entourage rend la négociation laborieuse pour instaurer les aides.

AS2 : « *l'épouse repousse les aides, lui il voudrait bien mais c'est compliqué d'imposer dans ces cas-là et puis lui me dit : vous comprenez je ne veux pas la contrarier parce que j'ai peur que ça accélère sa maladie* »

Mais dans d'autres situations, respecter le consentement du patient n'est pas possible comme lorsque d'état de santé du patient dépend d'un service d'aides à domicile.

PTA1 : « *il veut rentrer chez lui, mais c'est un couple qui ne peut pas rentrer sans aide* »

- Accepter le refus du patient aux aides proposées

La PTA se retrouve devant une impasse, malgré tous les moyens mis en œuvre, les résultats sont incertains.

PTA3 : « *parfois c'est une rupture ou un refus d'aides venant du bénéficiaire et qu'il n'y a rien qui avance finalement* »

Des situations se dégradent dues au refus du patient d'accepter les aides, la PTA bien que les ayant anticipées ne peut les imposer.

M3 : « *c'est-à-dire qu'on arrive à des situations catastrophiques* »

- Comprendre l'implication des troubles cognitifs ou psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont quelquefois responsables d'un isolement et d'un refus d'aides.

M3 : « *c'est dans ses troubles du comportement, en fait. C'est-à-dire qu'elle a tendance à s'isoler, à couper les ponts et petit à petit... »*

Les troubles cognitifs peuvent rendre compliqué le respect du consentement de la personne, celui-ci étant difficile à recueillir.

M1 : « *c'était une dame Alzheimer donc la patiente on ne lui a pas trop demandé son avis »*

- S'adapter aux changements d'avis du patient

Le changement d'avis du patient ou de son entourage fait partie des ajustements à intégrer.

AS3 : « *il veut et puis il ne veut plus »*

M4 : « *parfois aussi en fonction de la famille, parfois ils ne veulent pas d'aides et après ils s'aperçoivent qu'ils sont d'accord pour en avoir" »*

4.3.4.2 Argumenter la décision médicale

Dans certaines circonstances, pour un besoin de lits à l'hôpital, le choix du patient ne peut être respecté. Un impact sur l'acceptabilité des interventions de la PTA peut être imaginé.

AS1 : « *quand elle doit rentrer chez elle et qu'elle veut ne veut pas aussi, mais il n'y a pas de place ailleurs pour elle. Donc des fois, les gens sont sortis des lits manu militari »*

AS1 : « *et on n'est pas dans la bienfaisance, on n'est même pas dans le respect de l'autonomie : c'est-à-dire la personne ne veut pas rentrer et bien elle rentre quand même ! »*

Le manque de place en long séjour peut aboutir à la même problématique.

AS2 : « sauf que si on n'a pas de solutions d'EHPAD, et bien il y aura un retour à la maison »

4.3.4.3 Être vigilant face à un patient captif

Certains patients pour rentrer à leur domicile accepte théoriquement l'aide par la PTA, par manque de contractualisation celui-ci peut modifier son accord dès sa sortie de l'hôpital.

AS1 : « ils ont bien compris que pour sortir de l'hôpital, il fallait faire plaisir à l'assistante sociale. Donc ils l'ont fait plaisir et quand la PTA appellent ou quand ils vont ben : la personne âgée ne veut rien !! Et surtout qu'on ne s'occupe pas d'elle ! Et trois jours après elle est ici et elle ne veut toujours rien »

4.3.5 Le maintien du patient à son domicile

4.3.5.1 Sensibiliser les services d'aides à la personne

Étant les plus à proximité du patient, la présence au domicile des services d'aides à la personne est précieuse et ces derniers jouent un rôle primordial lorsqu'ils connaissent les éléments déclencheurs d'aides.

PTA2 : « les services d'aides à domicile sont souvent en première ligne de la prévention. C'est vraiment le premier à intervenir »

Par manque de services d'aides à la personne, les missions des SSR se voient modifiées.

PTA2 : « il y a des SSR qui gardent en fait surtout les transferts, et puis ils vont jusqu'au bout du bout, alors que c'est des personnes qui pourraient rentrer chez eux ! »

4.3.5.2 Être confronté à des situations sans solution

Tout professionnel mettant en place des plans d'action coordonnés, peut se retrouver face à des situations sans solution.

- A moyen terme :

Parfois la mise en place de l'aide n'est pas immédiate à la sortie de l'hôpital.

AS4 : « des fois ça arrive que des gens sortent sans aide »

Le délai de prise en charge à la sortie de l'hôpital lié aux démarches administratives et à l'organisation des services à domicile doit être accepté.

AS4 : « le temps qu'on fasse les demandes et puis que les organismes puissent intervenir, il y a un peu de temps »

- A long terme :

Dans des circonstances exceptionnelles, la solution ne peut être trouvée par la PTA et la seule alternative possible doit être trouvée par l'entourage.

M2 : « elle [la PTA] essayé d'appeler des personnes mais elle n'a pas trouvé de solutions »

M2 : « c'est le voisin et la famille qui ont réussi à trouver la solution »

- Risque de démotivation des acteurs de coordination

En conséquence, les acteurs de coordination peuvent être sujets à découragement.

PTA1 : « c'est la récurrence qui m'use aussi, de rencontrer toujours le même problème, avec les mêmes services »

Lors de situations complexes, l'aide à domicile peut être réduite aux besoins vitaux, ce qui n'est jamais satisfaisant pour les professionnels.

AS1 : « mais boire et manger c'est quand même le kit de survie ! Mais on en est là quoi ! C'est compliqué moralement d'être toujours dans cette situation »

4.3.5.3 Comprendre les causes de l'échec du maintien à domicile

De multiples causes sont possibles.

AS2 : « parfois c'est parce que le maintien à domicile n'a pas tenu. Soit parce qu'on a mal ciblé les aides, soit parce qu'il n'y en avait pas assez, soit parce que les gens les ont mis dehors ça arrive ! »

En première ligne, les services d'aides à la personne jouent un rôle majeur.

Malgré toutes les aides en place, celles-ci peuvent encore être insuffisantes.

AS2 : « c'est que même avec un maximum d'aides ça ne couvre pas tout »

Les aides ne peuvent être permanentes, l'importance des troubles cognitifs entraîne une possible mise en danger permanente.

AS2 : « quelqu'un qui est complètement incohérent donc qui va aussi risquer de se lever la nuit, de fuguer, de faire n'importe quoi : il faut une surveillance constante »

Le dysfonctionnement d'un service peut causer l'échec du maintien à domicile.

PTA3 : « dysfonctionnement d'un organisme et au final la personne n'a pas été suffisamment aidée et cela peut entraîner une difficulté de maintien à domicile et d'hospitalisation et de mise en institution »

De nombreuses causes sont impliquées dans l'échec d'un maintien à domicile, la conséquence directe est l'aggravation de la situation et du besoin de soins et d'aides ultérieures.

AS1 : « ils vont revenir et en plus ils vont revenir dégradés »

4.3.5.4 S'adapter à l'absence de suivi médical, en particulier à domicile

Plusieurs situations de patients en rupture de suivi médical sont repérées que la PTA doit traiter sans délai.

PTA5 : « *c'est vrai que nous on récupère plein de gens qui n'ont pas vu de médecins depuis trois, quatre ans !* »

La diminution des visites sur le lieu de vie par les médecins traitants est en cause.

PTA5 : « *après on s'est rendu compte qu'il y a plein de gens qui n'ont plus vu leur médecin depuis longtemps, depuis qu'il y a cette histoire de médecins qui ne font plus de visite à domicile* »

M5 : « *la PTA cherchait un médecin qui faisait les visites des patients en EHPAD. Alors il y a des patients en EHPAD qui n'ont pas de médecin traitant et d'autres ont des médecins traitants mais ceux-ci n'allaient pas en visite à l'EHPAD* »

Les visites en cabinet ne permettent pas une vision globale (environnement domestique compris) par le médecin généraliste.

PTA5 : « *le problème c'est que les médecins généralistes ne vont plus beaucoup à domicile, donc quand ils voient les patients au cabinet, ils ne se rendent pas compte de toutes les difficultés qu'il peut y avoir à domicile !* »

4.3.6 Ajuster la prise en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient

4.3.6.1 Adapter la prise en charge après un événement de vie

- Brutal

La coordination quotidienne des aides à domicile doit être modifiable avec une grande réactivité.

AS1 : « *un Dujarrier quand on marche avec un déambulateur, c'est juste impossible à vivre !* »

La PTA est parfois sollicitée avant l'entrée en SSR, mais l'évolution de l'état de santé du patient est imprévisible. L'anticipation des aides ultérieures est limitée.

AS1 : « *sauf que la PTA ne peut pas être à l'entrée du SSR, là les pieds dans les startings blocks, à commencer à faire tout un travail alors qu'ils ne savent pas comment la personne âgée va sortir* »

- Après une hospitalisation

Un nouveau besoin de soins peut entraîner des difficultés de vie quotidiennes et devra être pris en compte.

AS1 : « *on a quelqu'un qui arrive dans un hôpital et pour qui il faut refaire un projet de vie suite à une crise* »

4.3.6.2 Adapter la prise en charge en fonction de l'état psychique

Le plan d'action à domicile nécessite d'être réévalué régulièrement selon l'évolution de l'état de santé du patient.

AS3: *"l'instabilité de l'état de santé du patient et de son psychisme aussi, ou il peut à un moment et il ne peut plus à autre"*

4.3.6.3 Accepter que le patient intègre l'évolution de son état de santé

Certains patients ont besoin de construire et d'intégrer la décision d'entrer en EHPAD. La PTA a un rôle d'accompagnement pour permettre ce temps nécessaire au patient plus que de mise en place des actions d'aides au quotidien.

AS2 : « *il faudrait au moins un EHPAD, mais les gens ont besoin de réessayer au moins une fois, que ce soit des patients ou de la famille* »

4.4 Coordonner les soins

4.4.1 Les demandeurs de premier niveau et la coordination par la PTA

4.4.1.1 Le médecin

4.4.1.1.1 Être contacté

Prendre contact avec le médecin traitant est parfois difficile (hors consultation, centrale d'appel, secrétariat...)

PTA5 : « il y a des cabinets ici, ou vous pouvez appeler cinquante fois, vous n'arriverez pas à avoir le médecin au téléphone »

Les coordonnées des praticiens ne sont pas toujours transmises ou connues.

PTA5 : « la plupart du temps on n'a pas les mails des médecins donc c'est difficile de parler avec eux par messagerie »

La PTA doit aussi s'adapter aux disponibilités des médecins.

PTA4 : « il y a certains médecins qui sont peut-être moins facilement joignable, donc il faut savoir à quel moment les appeler »

4.4.1.1.2 Accepter la coordination par la PTA

Certains médecins ont eu une réticence à travailler en réseau, peut-être par crainte de la concurrence, risque de perte de clientèle ?

PTA5 : « je pense qu'il reste une crainte encore, une vieille peur, ..., peut-être du réseau de santé parce que les médecins libéraux avaient l'impression qu'on leur enlevait leurs patients »

PTA2 : « personnalités qui font qu'ils [médecins généralistes] veulent travailler isolés »

Partager et déléguer la prise en charge peut être difficile pour un praticien.

M1 : « *il faut accepter de se déposséder de la prise en charge globale du patient* »

M1 : « *éclairer le médecin sur quelle est sa vraie mission et qu'il sache déléguer ce qui ne lui appartient pas, ce qui n'est pas de sa propre mission* »

4.4.1.1.3 Se rendre disponible

Pour organiser des réunions de coordination, il est difficile pour la PTA de réunir les différents médecins traitants.

PTA2 : « *quand il faut faire des réunions de concertations c'est plus difficile pour eux de se libérer* »

PTA2 : « *pour un professionnel libéral c'est difficile de trouver un créneau* »

La PTA doit s'adapter à leurs disponibilités.

PTA1 : « *j'ai plus de facilité à me rendre disponible que l'inverse [que le MT]* »

Le temps passé à la coordination n'est pas reconnu comme acte et n'est pas financé. Ce temps s'ajoute au temps de travail et les disponibilités des praticiens sont limitées.

PTA4 : « *les médecins sont en difficultés parce qu'ils sont de plus en plus sollicités* »

Être disponible pour les visites à domicile n'est plus habituel pour les médecins.

M5 : « *le problème c'est notre disponibilité à domicile* »

4.4.1.1.4 Adhérer

Des désaccords entre le médecin traitant et les propositions de la PTA se sont déjà produits.

M2 : « *moi j'étais en désaccord avec ce que proposait la PTA* »

Ces désaccords sont vécus comme un échec pour les acteurs de coordination et de terrain.

PTA4 : « *une fois où le médecin a refusé* » [...] « *le professionnel qui nous avait interpellé n'arrivait pas à faire le lien avec le médecin traitant* » [...] « *donc ça ça a été un échec* » [...] « *on attendait beaucoup de séjour là, aussi bien les infirmières que le SSIAD, que les aidants, et le refus du médecin a mis court un petit peu à tout ça. Déjà on n'a pas trop compris et puis ça en est resté là* »

L'absence de décision harmonisée peut conduire à la mise en danger du patient.

PTA2 : « *c'est elle-même [la gestionnaire de cas] qui a dû emmener la dame aux urgences* »

4.4.1.1.5 Participer au PPS

Un manque de participation effective au PPS des médecins traitants a été repéré.

PTA5 : « *le médecin traitant devrait participer à l'élaboration du PPS* »

Ceci avec un manque d'accord formalisé du médecin traitant pour le PPS.

PTA5 : « *on a très très rarement un retour disant : oui ok c'est bien on valide on part sur ça, etc ; c'est-à-dire un accord du médecin traitant sur le PPS* »

4.4.1.1.6 Valider le plan d'aide

L'obligation d'attendre l'accord du médecin traitant entraîne un risque de retard dans la prise en charge.

PTA5 : « *dans le cadre de la PTA, l'autorisation du médecin pour intervenir, nous souvent ça nous retarde parce que c'est elles les infirmières qui appellent le médecin traitant, rapportent que le médecin est en congés et qu'il rentrera dans quinze jours et nous ça nous faire perdre quinze jours du coup* »

PTA5 : « *pour nous souvent c'est un frein parce que théoriquement on ne peut pas agir sans avoir eu le médecin au téléphone* »

4.4.1.1.7 Trouver sa place

Il peut être difficile pour le médecin de se positionner par rapport à la PTA, en particulier en tant que médecin remplaçant.

M2 : « *du coup comment moi je dois me positionner auprès d'elle [la PTA] »*

4.4.1.2 L'hôpital

4.4.1.2.1 Intégrer les contraintes de l'hôpital

La coordination se heurte aux problématiques hospitalières.

4.4.1.2.1.1 Réduction du nombre de lits

La diminution des places à l'hôpital est un constat quotidien.

AS1 : « *le matin on arrive devant le tableau des présents et on nous dit, voilà, il y a cinq personnes qui veulent rentrer mais on n'a pas de place, c'est des urgences vitales ! »*

Pour le praticien en ville, la réduction des lits rend l'hospitalisation d'un patient compliquée.

M5 : « *en gériatrie, où il y a beaucoup, beaucoup de demandes et où le service est toujours plein »*

Le manque de lits à l'hôpital conduit à des fins d'hospitalisation précipitées.

AS1 : « *on voit bien qu'il va falloir faire de la place et donc il va falloir faire des choix et de mauvais choix, ou des moins bons choix ou des choix par défaut »*

4.4.1.2.1.2 Durée de séjour réduite

Associée à la réduction des lits, l'hôpital est contraint à une réduction du temps de séjour.

AS2 : « *c'est le problème de l'hôpital : tout doit être très rapide, tout doit être fait dans l'urgence »*

La mise en place d'aides coordonnées n'est pas compatible avec les exigences de l'hôpital.

PTA3 : « *une durée de séjour à l'hôpital très courte maintenant qui fait que, donc on n'a pas le temps d'anticiper plein de choses* »

4.4.1.2.1.3 Vision non globale du patient par l'hôpital

La globalité des besoins du patient n'est pas prise en compte.

PTA3 : « *il y a un problème c'est pour ça qu'il est à l'hôpital donc on reste centré là-dessus* »

AS1 : « *on est allés trop vite, nous système de soins, de santé, on est allés trop vite* »

4.4.1.2.2 Agir malgré les contraintes de l'hôpital

Les contraintes hospitalières que sont la réduction des lits et la diminution du temps de séjour retentissent sur la prise en charge coordonnée des patients à domicile.

4.4.1.2.2.1 Besoins en nombre croissant des besoins de maintien à domicile

Le maintien à domicile n'est pas seulement un choix mais une nécessité.

M5 : « *vu la demande qui est croissante et sans fin et avec les contraintes de l'hôpital donc c'est sûr que c'est quelque chose qui est exponentiel pour nous [MT]* »

M5 : « *en court séjour ils vont régler un problème aigu et que derrière le court séjour, la demande de SSR ça sera toujours trop long* »

M5 : « *les services sont pleins mais comme on ne peut pas attendre pour des raisons économiques la sortie en SSR et bien c'est retour à domicile* »

4.4.1.2.2.2 Sortie précoce à domicile

Les sorties précoces à domicile sont le résultat de deux phénomènes : la T2A et le besoin urgent de libérer des lits hospitaliers par manque de place.

AS1 : « ça veut dire que non seulement on a mis une roue qui tourne plus vite, mais en plus on a limité les lits »

AS1 : « ils sont obligés de rentrer, parce qu'il y a une décision médicale et qu'il n'y a plus de place à l'hôpital, parce qu'il y a des situations urgentes qui s'embouteillent aux urgences et qui ne peuvent pas rentrer ! »

Le retour à domicile précoce est très souvent bancal et non satisfaisant.

L'état de santé évalué dans le contexte hospitalier ne peut être transposé au lieu de vie.

AS1 : « ceux qui sont à peu près stabilisés, dont la personne âgée qui boitille dans sa chambre ou qui marche en se tenant aux murs. Donc on va dire : ben celle-là sur le plan clinique elle est stable donc elle rentre chez elle ! »

Sortis avant la stabilisation de leur état de santé, ces patients nécessitent un besoin accru de soins à domicile.

AS1 : « des gens qu'on sort des lits et qui vont rentrer chez eux dans des conditions qui sont inadaptées »

4.4.1.2.2.3 Non collégialité de la décision de sortie

La décision de sortie uniquement médicale resserre les possibilités d'actions coordonnées.

AS2 : « le problème en court séjour, le médecin fait la visite le matin, il peut tout à fait décider de la sortie pour le lendemain »

La coordination pour répondre aux besoins du patient à domicile ne peut être réalisée dans un laps de temps extrêmement court.

AS1 : « *les services appellent l'assistante sociale qui se rend compte que c'est le bazar à la maison mais c'est trop tard ! Le service a déjà dit oui à Mr X qui décompense une pathologie aux urgences et qu'il faut le faire rentrer. C'est compliqué ! Enfin c'est ingérable !* »

Ceci induit un manque d'anticipation.

Les sorties d'hospitalisations non anticipées avec des assistantes sociales engendrent un appel tardif de la PTA qui vient en relais pour le maintien à domicile.

M4 : « *ça leur [médecins des services hospitaliers] arrive souvent de penser à l'assistante sociale la veille du départ* »

AS1 : « *on aimerait être averties quand il y a un problème dès qu'il y a l'arrivée du patient dans l'hôpital ! Au pire dans le service ! Souvent on est appelé la veille de la sortie !* »

La PTA est en difficultés par manque d'anticipation à l'hôpital.

AS1 : « *c'est sûr que plus on appelle à l'aide tard dans les situations complexes, plus la PTA est en difficultés !* »

4.4.2 Les intervenants de terrain et la coordination par la PTA

4.4.2.1 Connaître la multitude des réseaux et partenaires

La connaissance des correspondants pour chaque maillon de la coordination est une nécessité qui améliore la qualité de travail.

PTA4 : « *comment trier les partenaires et puis nous aussi on a besoin de les connaître, comment chacun fonctionne, dans quelles conditions, sur quels territoires ?* »

4.4.2.1.1 Les identifier

Tous les professionnels de santé n'ont pas la connaissance de tous les réseaux de soins.

M2 : « je m'y perds mais, il y a plein de plateformes : donc des réseaux pour les personnes Alzheimer, des réseaux pour les personnes ... »

4.4.2.1.2 Comprendre leurs fonctionnements

Les services ont chacun leurs spécificités.

PTA1 : « ça diffère d'un service à un autre »

4.4.2.1.3 Connaître la sectorisation des professionnels

La réactualisation des connaissances concernant la sectorisation des libéraux comme les IDE est un gain de temps pour la PTA.

PTA2 : « des infirmières libérales... C'est pareil, elles sont sectorisées ! »

4.4.2.2 Anticiper les interventions

Le manque d'anticipation de l'hôpital retentit directement sur les actions à mettre en place par la PTA.

PTA2 : « les sorties d'hospit ça c'est une problématique qui revient souvent, le manque d'anticipation en fait »

La disponibilité des aides à domicile en urgence est impossible, l'anticipation lorsqu'elle ne peut pas être réalisée entrave la qualité du maintien à domicile.

AS1 : « c'est-à dire trouver un service d'auxiliaire de vie, d'aides ménagères ou de soins infirmiers du jour au lendemain, voire du matin pour l'après-midi qui vont changer tout leur planning pour intégrer une personne en difficulté à domicile, c'est juste complètement impossible ! C'est des chronologies impossibles ! »

Anticiper les aides est une mission encore plus complexe lorsque la sortie d'hospitalisation a lieu en fin de semaine.

M5 : « *ce qui est compliqué c'est en fin de semaine : on a une sortie qui n'est pas forcément programmée* » [...] « *des patients qui rentrent à domicile qui sont un peu fragiles et du coup nous on est pris au dépourvus vis à vis de ça* »

4.4.2.3 Mettre en place les interventions

Travailler en fonction des disponibilités des aides à domiciles est une des difficultés majeures pour la PTA.

PTA4 : « *la difficulté la plus quotidienne je dirais c'est de trouver des ressources disponibles sur le territoire pour répondre aux besoins des patients* »

Le manque disponibilités des services est multifactoriel.

4.4.2.3.1 Faire face au déficit de structures et de personnels soignants

De nombreux participants à l'étude ont alerté sur le manque de services de soins et des effectifs de personnel insuffisants.

PTA1 : « *l'absence des services, ou l'arrêt des services, des services qui sont en place, ça peut être des soins infirmiers, des services d'aides à la personne* »

AS1 : « *déficit d'auxiliaires de vie, d'aides ménagères, d'infirmiers, de SSIAD* »

AS2 : « *le SSIAD est surbooké, comme tous les SSIAD, ils ont des listes d'attente* »

A cela s'ajoute un recrutement difficile dans ces structures.

PTA1 : « *ils n'arrivent pas à recruter des personnes comme les auxiliaires de vie* »

AS2 : « *il y a des secteurs qui sont saturés, on arrive plus à trouver du personnel* »

PTA2 : « beaucoup de turn over, beaucoup de difficultés de recrutement, ils ont du coup un manque de personnel énorme »

Dû au déficit de personnel, certains SSIAD sont dans l'obligation d'alléger le nombre d'interventions le week-end.

PTA5 : « il y a encore des SSIAD qui souvent n'interviennent pas le week-end, ou ils interviennent à équipe réduite donc forcément ils ne vont pas passer chez tous »

En conséquence, les heures d'aides nécessaires pour chaque patient et qui pourraient être financées ne sont pas réalisées.

AS2 : « c'est-à-dire qu'on peut avoir des gens par exemple qui vont avoir droit à 20 heures d'APA et en fait il n'y en aura que 10 de mis en place parce qu'il n'y a pas assez de personnel »

PTA3 : « il y a besoin de tant d'heures pour cette personne par mois due à telle dépendance, il n'y a pas de ressources humaines »

La conséquence la plus alarmante est la potentielle mise en danger des patients sans aucun passage d'aide à domicile.

PTA2 : « des gens qui sont au domicile ça fait 6 mois, 6 mois et il n'y a personne qui intervient »

4.4.2.3.2 Faire face aux horaires restreints de certaines structures

Des contraintes horaires s'ajoutent aux contraintes des ressources humaines, avec dans des services de soins, des horaires et des jours restreints.

AS1 : « si en plus par malheur, cette personne arrive un vendredi mettons, les soins de suite à 16h on n'a plus aucun interlocuteur qui peut admettre quelqu'un en soins de suite en convalescence »

4.4.2.3.3 Trouver une place en EHPAD et SSR

Les alternatives aux déficits d'aides à domicile, pour éviter une rupture dans le parcours de soins, sont aussi saturées.

AS1 : « on ne trouve pas d'établissements de soins de suite qui puisse l'accepter et la mettre en sécurité le temps que l'on trouve des aides à domicile »

AS1 : « il n'y a plus de place dans les SSR »

AS2 : « les places d'EHPAD, là on en a deux sur les chicas, et je crois que j'ai envoyé huit noms, et je ne les ai pas tous, on a une liste d'attente ! »

4.4.2.3.4 Trouver des places dans les dispositifs spécialisés d'accompagnement du handicap à domicile

Un autre dysfonctionnement identifié est le délai d'attente pour obtenir une place pour un accompagnement du handicap à domicile.

PTA3 : « un accès à ... une équipe pluridisciplinaire sur le handicap, les listes d'attente MDPH dans le cadre du handicap avec une orientation suivi médico-sociale SAMSAH, SAVS assez compliqué parce que peu de place et parfois c'est deux ans d'attente »

Un accompagnement de substitution non qualifié peut être obtenu.

PTA3 : « donc le temps de l'orientation SAMSAH il y a toujours le manque qui existe, donc on va pallier mais ça ne va pas remplacer un accompagnement au long terme »

Quel est l'accompagnement spécialisé disponible pour ce temps d'attente ?

PTA3 : « orientation faite mais admission vraiment dans le service donc ça peut prendre deux ans »

4.4.2.3.5 Admettre le refus d'intervention par les partenaires

A plusieurs reprises, un refus de prise en charge par les prestataires a été évoqué par les professionnels.

- Lié aux pathologies du patient

Ce refus peut être dû à une pathologie lourde et donc à la charge de travail chronophage qu'elle implique.

PTA4 : « dès qu'on a besoin de prise en charge un peu plus lourde et bien personne ne peut répondre parce qu'ils n'ont pas le temps et qu'ils ne peuvent pas inclure ces patients dans les tournées »

PTA5 : « ça implique qu'ils prennent des gens moins lourds pour arriver à gérer les gens qu'ils ont, et des gens moins lourds où ils n'interviennent pas le week-end »

- Lié à l'environnement du patient

Un logement insalubre impactant trop gravement les conditions de travail peut provoquer un refus de la part des prestataires.

AS2 : « j'ai trouvé une entreprise de nettoyage parce que les aides ménagères ne voulaient plus rentrer »

PTA5 : « la ferme est infestée de puces et que les services d'aides à la personne ont décidé de ne plus y aller »

Le refus d'améliorer l'environnement par la famille a conduit à une rupture de soins.

PTA5 : « la famille n'est pas forcément d'accord pour faire la désinsectisation, parce que ça coûte cher, parce que ce n'est pas bio... »

4.4.2.4 Intégrer les ruptures de prise en charge

4.4.2.4.1 Comprendre que les partenaires ciblent leurs prestations

- Exemple des IDE

Les cabinets infirmiers peuvent sélectionner leurs prises en charge.

PTA1 : « *le cabinet infirmier a été catégorique, il refuse d'intervenir* »

⇒ Choix de la nature des actes

Les actes les moins lourds sont préférés par les infirmiers libéraux.

AS2 : « *[il manque] des infirmiers qui fassent les toilettes* »

PTA1 : « *ils se retirent de la prise en charge parce que c'est trop compliqué* »

⇒ Choix en fonction du temps de déplacement

Les interventions les plus proches sont priorisées car permettent plus d'interventions sur une journée.

PTA1 : « *qui s'arrête à la ville, euh, voilà... Et donc personne ne va au-delà* »

Un maintien en hospitalisation sans besoin de « soins hospitaliers » peut-être la cause est refus d'interventions à domicile par du personnel soignant.

PTA1 : « *chez qui, personne ne veut intervenir. PERSONNE. Ça me choque parce que ça fait quinze jours qu'ils sont hospitalisés [...] on ne va pas les mettre dehors, mais il n'y a aucune raison médicale* »

- Exemple des SSR

⇒ Choix de la nature des besoins

Les SSR choisissent les patients qui entrent en soins de suite.

AS1 : « *sauf que comme le SSR fait ses choix ! Ils font ses choix, ils ont un marché ! Ils ont un marché captif ! Ils ont 30 patients contre 10 lits ! Ben ils ne vont pas prendre les vingt compliqués !* »

⇒ Choix en fonction du comportement du patient et, ou de son entourage

Certains problèmes relationnels ou comportementaux conduisent à des refus de convalescence.

AS1 : « *les SSR ne les veulent pas, parce qu'il y en a qui sont black listés* » ; « *Ils n'ont pas eu des comportements adaptés, des familles ont posé problème...* »

⇒ Choix financier

Une sélection financière intervient dans l'entrée en SSR.

AS1 : « *aussi un choix de certains établissements : soit parce qu'ils estimaient que les personnes âgées notamment qu'on leur présentait allaient être trop coûteuses en personnel et en soins, et ils n'allaient pas pouvoir l'assumer ; soit ils estimaient qu'étant donné le peu de rémunération qu'ils avaient par rapport à leur durée de séjour, ça ne valait pas le coup de prendre ces personnes* »

⇒ Choix en fonction du projet de sortie

Les hospitalisations sont acceptées plus facilement s'il y a un projet construit pour le futur retour à domicile.

AS2 : « *les SSR bloquent aussi c'est-à-dire que quand ils sentent que la demande c'est surtout parce qu'il y a un problème de devenir bien souvent ils ne prennent pas* »

⇒ En conséquence : sollicitation « inappropriée » de la PTA

La PTA est utilisée comme un élément facilitateur d'admission en SSR.

AS1 : « Plus la personne est poly pathologique, plus elle est complexe, plus il faut que dans la présentation sur le logiciel trajectoire, la personne ne rebute pas le SSR “ah mince me voilà partie pour des mois et des mois avec des situations impossible”, donc qu’est-ce qu’on fait ? On met [les assistantes sociales de l’hôpital] qu’on a sollicité la PTA ! »

AS1 : « pour que la photographie soit plus jolie ! Que le SSR se dise, ah chouette la PTA est sur le coup, il y a des demandes d’EHPAD, donc quoi qu’il arrive c’est bien pour nous la sortie ! »

Mais l’évolution de l’état de l’état de santé est imprévisible durant la prise en charge en SSR et la PTA ne peut anticiper les actions à mettre en place

AS1 : « en fait la situation de santé va peut-être évoluer pendant les 1 mois ou 2 mois ou 3 mois de SSR et que peut-être ça ne sera plus une question de sortie à domicile ! »

AS1 : « je fais appel à la PTA pour m’aider, moi ! Mais ma collègue de SSR, elle n’aura peut-être pas envie d’appeler la PTA ! Pas du tout ! Peut-être qu’elle se sera débrouillée ! Peut-être que... enfin voilà. Et la PTA ne peut pas s’imposer ! »

4.4.2.4.2 Intégrer que les partenaires puissent interrompre la prise en charge

- Interruption unilatérale

La PTA est confrontée à des fins de prise en charge brutale sans anticipation possible.

PTA1 : « tout d’un coup il y a un arrêt [de prise en charge], pour une raison ou une autre »

PTA5 : « il y a des services d’aides qui rencontrent des difficultés dans la prise en charge, se donnent le droit d’interrompre la prise en charge. Donc là il faut s’activer pour trouver d’autres cabinets infirmiers »

Il y a une rupture de prise en charge sans que la continuité des soins ne soit assurée.

PTA5 : « certains cabinets cherchent éventuellement un cabinet remplaçant, et d'autres disent juste : et ben on s'en va, débrouillez-vous finalement »

- Interruption programmée

L'interruption peut être programmée mais aucune solution de remplacement n'a été trouvée.

M2 : « c'est un problème qui aurait pu être géré en amont mais ça s'est fait quinze jours avant, alors que l'absence de l'aide-soignant était déjà prévue »

4.4.2.5 Conserver sa place en SSIAD après une hospitalisation courte ?

La continuité des soins après une hospitalisation n'est pas assurée.

Lorsque le patient entre en hospitalisation ou en convalescence, sa place en SSIAD devient vacante et n'est pas financée ce qui induit une rupture de prise en charge administrative et de soins

PTA1 : « deux jours après qu'il soit rentré en SSR, le SSIAD qui intervient chez ce monsieur, a dit quand il sortira, quoi qu'il en soit on ne le prendra pas »

PTA5 : « les SSIAD c'est pareil, ils interviennent et quant à un moment donné les gens partent en SSR, effectivement ça fait une rupture de prise en charge d'un mois et demi, et eux estiment qu'ils n'ont pas à attendre que le patient revienne à domicile »

Le fonctionnement des services sur le maintien de la place n'est pas homogène.

PTA1 : « les services d'aides à la personne, eux ils ont plutôt tendance à garder des places quand les personnes sont hospitalisées »

4.4.2.6 Repérer le dysfonctionnement d'un service d'aide à domicile

4.4.2.6.1 Absentéisme

La continuité des soins à domicile n'est pas assurée intégralement.

AS3 : « manque de personnel fiable »

4.4.2.6.2 Postes vacants

Les postes vacants dans les intervenants ne sont pas ou pas immédiatement pourvus.

PTA5 : « il y a du turn over dans ces structures [...] et des fois ils ne remplacent pas ! Et là il n'y a personne qui va à domicile ! Et c'est notamment le week-end, samedi dimanche »

PTA2 : « des problèmes de postes ou des gens qui sont en arrêt ou des choses comme ça en fait, surtout au niveau des assistantes sociales » [...] « assistante sociale qui était en arrêt maladie, donc établissement qui se trouve en sous-effectif »

Lors de la crise du covid-19, l'effectif des aides à domicile étaient diminuées.

AS2 : « et d'autant plus pendant la crise du covid. Là il y a beaucoup d'aides à domicile qui sont limitées, parce qu'il faut qu'elles gardent leurs enfants qui ne vont plus à l'école ! Parfois il y a juste les courses qui sont faites, et plus le ménage... »

4.4.2.6.3 Qualité de la prestation

Il a été évoqué une non-qualité dans les prises en charge par certains services de soins à domicile.

AS3 : « quelqu'un qui arrive en retard, quelqu'un qui oublie de venir »

4.4.2.6.4 Multitude de changements dans les soignants

Un trop grand nombre de prestataires chez un patient altère la prise en charge.

AS3 : « un roulement des fois avec 10 personnes dans la semaine pour aller aider les gens à la maison, c'est ingérable ! »

4.4.2.6.5 Non satisfaction des patients

Lorsque le patient ou l'entourage remarquent que le plan d'aide est inadéquat, les coordinateurs des aides sont interpellés pour résoudre les dysfonctionnements.

AS3 : « quand il y a des défauts de prises en charge, les patients nous le renvoient »

AS1 : « on n'est pas arrivés à bien coordonner les gens... Ou au bout de quelques jours la famille appelle en disant que ça ne va pas du tout »

4.4.2.7 Déclencher l'aide en tant que soignants à domicile

4.4.2.7.1 Niveaux de gravité des situations avant le déclenchement de l'aide

L'aggravation de la situation à domicile sans déclenchement d'une demande d'aide a pu alerter la PTA.

PTA4 : « la situation évolue depuis un certain temps et ils ne nous ont jamais interpellé »

Des situations évoluent avec un niveau de gravité important sans déclenchement d'alertes.

AS1 : « le dément qui est en danger à domicile, il faut attendre une catastrophe, pour qu'il arrive aux urgences, et qu'il soit coincé pour qu'on arrive à trouver des solutions »

4.4.2.7.2 Facteurs de déclenchement de l'aide

L'appel de la PTA pour le relais à domicile n'est pas fait automatiquement selon les assistantes sociales des services hospitaliers

AS4 : « après suivant les services on n'est pas toutes les assistantes sociales à les solliciter, ça varie ! »

Quels sont les facteurs de déclenchement de l'aide à domicile pour une personne âgée ?

AS1 : « la protection de la personne âgée qui est en rupture d'autonomie, cognitive, ou physique, c'est un peu un système d'aides urgentes temporaires qui permet à tout le monde d'avoir le temps de les aider à faire leur projet de vie. Puisqu'on ne peut pas le faire et qu'on ne peut plus le faire dans les systèmes hospitaliers, il faut que ça puisse se faire à domicile, et ce n'est pas fait »

4.4.2.8 Obligation réglementaire de continuité du parcours de soin ?

L'arrêt de la continuité des soins est un fait en pratique.

PTA1 : « qu'on réglemente, qu'on ne puisse pas dire : ben j'arrête la prise en charge »

4.4.2.9 Besoin de formation des personnels des services à domicile

L'insuffisance de formation des intervenants à domicile a été énoncée à plusieurs reprises.

PTA1 : « c'est peut-être un manque de formation. Probablement, aussi des fois de connaissances des troubles neurodégénératifs, des troubles du comportement » [...] « des professionnels, qui sont mis en difficultés à cause de cette méconnaissance des troubles »

AS3 : « manque de personnel formé sur le terrain »

4.4.3 Les administrations publiques et la coordination par la PTA

4.4.3.1 S'adapter à la temporalité administrative

4.4.3.1.1 Prise de contact avec le service social

Le délai pour un entretien avec le service social du secteur est un frein dans la coordination des soins.

AS1 : « l'assistante sociale de secteur qui a des rendez-vous à trois semaines »

4.4.3.1.2 Gestion administrative par les caisses de retraite

Les démarches administratives auprès des caisses de retraite peuvent ralentir la mise en place d'actions coordonnées.

M5 : « mettre en place une téléalarme ou mettre en place quelque chose qui n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et que ça fait appel à des prévoyances ou à de l'argent privé, et bien c'est dans ces quelques cas là où on a des difficultés, c'est lié aux systèmes sociaux, de retraite... »

4.4.3.1.3 Les politiques de droit social

Les freins juridiques retentissent sur le maintien à domicile.

M5 : « les problèmes de droits, typiquement une femme qui a vécu avec son mari, qui n'a jamais été déclarée ou qui était mère au foyer et qui du coup n'a pas forcément de pensions de reversions »

4.4.3.1.4 La protection juridique

La PTA est confrontée aux manques de réactivité des services de protections.

PTA1 : « ils [les mandataires judiciaires] ont leurs problématiques institutionnelles »

Le délai d'instruction classique des dossiers de demande de protection est incompatible avec la temporalité de l'hôpital et le délai des demandes spéciales restent inadéquat.

AS2 : « *mais pareil une demande de tutelle, si on fait une demande de tutelle classique simple, actuellement mais sans parler du confinement, on est entre 6 et 9 mois* »

AS2 : « *on peut faire des demandes de sauvegardes avec mandat spécial qui vont un peu plus vite auprès du procureur mais les délais ne sont jamais satisfaisants pour l'hôpital* »

4.4.3.2 Spécificités du dossier APA

4.4.3.2.1 Constitution du dossier APA

- L'accès aux documents administratifs conservés au domicile

Pour l'élaboration du dossier APA le patient, ou s'il y a un entourage proche, il faut pouvoir se rendre à domicile pour réunir les documents administratifs nécessaires.

AS1 : « *sauf que la personne âgée est dans le lit de l'hôpital, donc elle ne peut pas faire le dossier APA !* »

Il est impossible de constituer ce dossier à l'hôpital pour un patient isolé.

AS2 : « *parce que pour l'APA s'il n'y a pas toutes les pièces justificatives, ils rejettent hein ! Donc ça depuis l'hôpital c'est impossible de les avoir s'il n'y a pas de famille* »

- Nécessité que le patient soit actif dans l'élaboration du dossier

Il est nécessaire pour la personne concernée d'être elle-même active dans l'élaboration du dossier APA.

PTA5 : « *la personne âgée, si elle ne sort pas de chez elle, vous pouvez toujours attendre pour mettre en place un dossier APA ! L'assistante sociale va se déplacer (on nous a déjà donné cette réponse) que si la personne [le patient] ELLE-MEME l'appelle pour venir faire le dossier* »

Cette difficulté supplémentaire est aggravée si le patient est vulnérable et isolé.

- Absence de procédure de contrôle des données

La procédure pour l'élaboration du dossier APA n'induit pas le contrôle, les informations ne sont pas toujours fiables.

PTA5 : « au département, ils n'ont pas tous la même réponse pour les mêmes choses [...] quand le discours n'est pas forcément au niveau institutionnel, et bien les assistantes sociales elles font ce qu'elles sont ! C'est-à-dire qu'il y en a qui vont aller à domicile, et d'autres non »

4.4.3.2.2 Attendre le traitement effectif du dossier APA

Un délai supplémentaire après la constitution du dossier APA est à rajouter pour le traitement effectif du dossier APA.

AS1 : « le conseil départemental, ils ont un service APA qui fonctionne qu'une fois que le dossier est déposé »

4.4.3.2.3 L'APA d'urgence

L'APA en urgence existe, mais le problème de la gestion de ce dossier est le même que l'APA classique.

La difficulté pour un patient hospitalisé est la même : réunir les pièces justificatives qui se trouvent au logement.

AS1 : « dégager de l'argent via l'APA pour mettre en place là tout de suite maintenant, ça demande à faire un dossier APA ! »

AS2 : « on ne peut pas faire le dossier APA [d'urgence] d'ici [à l'hôpital]. On peut aider à remplir le dossier administratif mais on n'a jamais accès à toutes les pièces. Donc c'est toujours compliqué effectivement »

4.4.3.3 Comprendre les craintes des patients envers les services publics

Certains patients âgés ont une crainte envers le service social du département par méconnaissance.

PTA5 : « et c'est des gens pour qui l'assistante sociale, dans leur génération, c'était pour placer un enfant, pour faire un signalement au procureur, on allait leur enlever les enfants ; ces gens-là ont une peur immense de l'assistante sociale ! »

4.4.4 Le bénéficiaire : Le patient et son entourage

4.4.4.1 Coordonner un nombre important de situations par la PTA

La multitude de situations à prendre en charge est déjà une problématique avant d'aborder le fond du dossier

PTA5 : « là on en est à 284 situations fin juin »

4.4.4.2 Intégrer les perturbations des patients liés aux changements

Le changement des intervenants à domicile peut déstabiliser des patients fragiles et accentuer les troubles cognitifs existants.

PTA5 : « le jour où il sort de SSR, il ne se retrouve sans personne ou alors, si on a mis en place une autre équipe, c'est COMPLÈTEMENT une autre équipe. Pour les gens qui ont des troubles cognitifs, c'est quand même compliqué »

4.4.4.3 Faire participer le patient dans sa coordination

Il est difficile pour un patient d'être un acteur de sa santé quand le niveau de coordination est complexe :

M2 : « *pour le patient ça le dés-autonomise* »

4.4.5 Coordonner l'ensemble des acteurs

4.4.5.1 Harmoniser les interventions des prestataires

4.4.5.1.1 Complexité des actions coordonnées

La construction des actions coordonnées « *est un challenge* » entre l'ensemble des acteurs et demande du temps

PTA4 : « *on va galérer parce qu'il va falloir négocier, trouver un compromis avec les différents intervenants pour réussir à stabiliser la prise en charge de la personne à domicile* »

PTA4 : « *c'est beaucoup de négociations. Beaucoup de diplomatie ! Pour réussir à trouver un juste compromis entre les possibilités des uns et des autres et les besoins de la personne au domicile* »

4.4.5.1.2 Coordonner un grand nombre d'intervenants

La multitude des intervenants à domicile entraîne une complexité dans la coordination.

M2 : « *avec les patients paraplégiques, il y a quinze mille intervenants et à la fin on ne sait plus qui fait quoi et qui sait qui ne gère plus* »

M2 : « *en fait je trouve que plus il y a d'acteurs autour d'une personne, chacun se repose sur une autre et va dire : ah bah ce n'est pas moi qui gère, c'est la PTA* »

4.4.5.2 Rôle spécifique de la PTA

4.4.5.2.1 Veiller à ne pas devenir un des prestataires de l'aide à domicile

Le rôle de la PTA est de coordonner tous les partenaires mais la vigilance est nécessaire pour ne pas devenir un aidant à domicile.

PTA4 : « *nous on est juste là à un temps donné pour aider et après on disparaît* »

4.4.5.2.2 Être acteur principal de coordination

Pour la PTA, être l'acteur principal dans la coordination des soins n'est pas toujours bien identifié.

M2 : « *je trouve qu'il y a beaucoup de coordonnateurs dans le suivi d'un patient* »

4.4.5.3 Faire accepter la coordination par les partenaires

Une aide à la coordination portée par la PTA n'est pas toujours appréciée.

PTA4 : « *il y a des professionnels qui sont complètement fermés et qui ne veulent pas d'aides extérieures* »

Certains services à domicile sont peu demandeurs, ne comprenant pas la plus-value.

PTA4 : « *les services d'aides à la personne [...] qui interpellent le moins* »

4.4.5.4 Utiliser des outils de coordination communs

4.4.5.4.1 Incompatibilité des messageries sécurisées

La PTA est confrontée à des interfaces de messageries qui ne sont pas compatibles entre elles.

PTA5 : « *la messagerie sécurisée c'est compliqué parce qu'on en a une et les médecins peuvent en avoir une autre donc ce n'est pas toujours compatible* »

4.4.5.4.2 Multitudes d'outils informatiques sans passerelle

A la problématique des messageries sécurisées, s'ajoute une multitude d'outils informatiques sans passerelle entre les différents serveurs ou logiciels.

PTA5 : « *mais le problème c'est que tous les professionnels ont des logiciels différents, le médecin a son logiciel, à la PTA aussi, les infirmières ont leur logiciel donc tout ça implique de faire des doubles de saisies et on a tous pas de temps* »

4.4.5.4.3 Problématiques du Dossier Médical Partagé

Le DMP ne semble pas être une solution satisfaisante dans le partage d'informations ni facilitateur dans la coordination des soins.

Il est difficile pour le patient d'alimenter son DMP, car non formé et avec une accessibilité limitée pour certains.

PTA5 : « *pour le patient c'est très compliqué de scanner les comptes-rendus* »

L'alimentation du DMP n'est pas un rôle de la PTA.

PTA2 : « *non le DMP ce n'est pas de notre ressort* »

Est-ce que le DMP est un outil pertinent pour la PTA ?

PTA5 : « *on pourrait nous y mettre notre partie mais à quoi ça va servir si derrière le médecin ou l'hôpital ne basculent pas [dans le DMP] tout ce qui est intéressant* »

Le DMP ne paraît pas pertinent en tant qu'outil actuellement. Avec de plus un interlocuteur majeur, l'hôpital, aux logiciels incompatibles pour le DMP.

PTA2 : « *l'hôpital qui va refaire tout son parc informatique avec un logiciel qui sera DMP compatible, qui pour l'instant ne l'est pas* »

Les problématiques de confidentialité et de secret médical ont aussi été mentionnées.

PTA5 : « *mais les médecins des assurances eux aussi ils vont pouvoir rentrer sur le DMP* »

4.4.5.5 Travailler avec des temporalités différentes

A de nombreuses reprises, les différences de temporalité ont été évoquées.

Les temporalités entre les différentes structures ne peuvent pas se réduire.

- Temporalités entre l'hôpital et les autres services :

AS1 : « *le système de santé tel qu'il est fait à l'hôpital, fonctionne sur un fuseau horaire qui n'est celui de personne. A part le sien* »

M5 : « *les SSR mettent un certain temps à libérer les places, ben c'est logique : il y a des services qui ont des durées d'hospitalisation en jours, et d'autres en semaines !* »

- Temporalités entre le système de soins et le système judiciaire :

AS2 : « *des fois il faut faire appel au juge en urgence et l'espace temporel de la justice n'est pas le même que la médecine du tout* »

- Délai d'instruction des dossiers administratifs :

PTA3 : « *la lenteur administrative, sur une perte d'autonomie quel que soit l'âge* »

- Délai d'obtention des aides financières :

AS1 : « *des moyens financiers qui ont eux aussi leur propre chronologie* »

Délai allongé si le patient est inconnu des services publics :

PTA5 : « si vraiment la personne n'est pas connue des services du département et bien l'assistante sociale n'est pas spécialement tenue de se déplacer pour venir aider la personne âgée à constituer le dossier APA »

Avec un risque d'errance administrative si le dossier doit être modifié :

PTA3 : « finalement la personne ne répond pas aux critères, donc on la renvoie sur un autre dispositif ; et puis ce dispositif ça met aussi deux mois »

En résumé, les temporalités sont difficilement compatibles entre le besoin de soins et l'organisation des services de soins.

AS1 : « Cette chronologie impossible du système de soins actuel, la montre hospitalière, la montre du système de soins, elle ne fonctionne pas avec les autres montres. Les montres de la société, c'est-à-dire la montre de la famille, des services prestataires, ne parlons pas de la justice pour les tutelles et compagnies ; c'est toutes des montres qui sont décalées. Alors c'est difficile pour la PTA d'arriver à coordonner et faire un lien à travers cette chronologie presque impossible. »

4.4.5.6 Compréhension mutuelle de la spécificité des services

4.4.5.6.1 Méconnaissances des modes de fonctionnements entre services

Les différences de temporalité entre services induisent des difficultés de compréhension.

PTA2 : « on n'est pas sur la même temporalité, souvent les services hospitaliers n'écoutent pas les services de ville et inversement »

La méconnaissance de fonctionnement entre les différents services induit des sollicitations inadéquates.

PTA2 : « *manque d'anticipation et de compréhension en fait des fonctions des uns et des autres, du fonctionnement* »

AS3 : « *ils [les services hospitaliers] appellent un peu tout le monde* »

En amont, en découle une mauvaise identification des secteurs de coordination.

AS3 : « *le médecin a appelé la PTA et l'HAD pour un patient à domicile pour coordonner la prise en charge* »

Un manque de différenciation pour les demandeurs d'aide, entre la PTA et l'HAD par exemple a aussi été repéré.

AS3 : « *bien souvent, les services par rapport au retour à domicile, vont solliciter : et la PTA et l'équipe mobile et l'HAD, et après à nous de nous débrouiller* »

Le manque de compréhension entre différents services peut être dû à des positionnements professionnels différents.

4.4.5.6.2 Postures professionnelles différentes entre services

La PTA commence à comprendre et intégrer les différences de chaque professionnel.

PTA4 : « *il faut rester très professionnel mais en même temps se mettre dans leur position pour bien comprendre eux où est-ce qu'ils en sont sur telle situation* »

Ensuite la PTA s'attelle à faire converger les postures de chaque intervenant pour qu'il ait une vision globale de la situation commune.

PTA4 : « *si leur objectif est atteint pour eux il n'y a pas de souci* » ; « *c'est un petit peu difficile de ramener chaque professionnel sur une vision globale* »

4.4.5.6.3 Importance des rencontres interprofessionnelles

La PTA, par le biais d'échanges entre différents secteurs, initie un partage des opinions individuelles dans l'intérêt de la coordination.

AS3 : « *bonne initiative dans l'idée de se faire rencontrer [...] qu'il puisse y avoir un décloisonnement entre le médico et le social [...] et casser un peu les barrières !* »

4.5 S'adapter au territoire

4.5.1 Inclure la saisonnalité touristique et l'augmentation des besoins

Plusieurs participants ont mentionné une périodicité du pic de demandes en fonction des saisons touristiques.

- En ville :

PTA4 : « *l'aspect touristique du département fait que sur les hautes saisons on est à nouveau confrontés à un manque de ressources encore plus important* »

- Comme à l'hôpital :

AS1 : « *et alors nous, établissement situé dans une zone touristique, la catastrophe est augmentée par l'afflux des touristes. Et alors ça, ça vient embouteiller un système qui est déjà embouteillé* »

AS1 : « *l'été ça bloque un peu mais quand même, janvier-février, c'est dramatique !* »
[...] « *aux urgences c'était la folie ! il y avait des gens de partout ! Et il y a des gens assis par terre ! Ce n'est juste pas possible ! A un moment donné, on arrive plus à rentrer tous les patients qui ont besoin !* »

4.5.2 Ruralité et accès géographiques

L'isolement de certains territoires entraîne une hétérogénéité de l'offre de soins.

PTA4 : « *l'aspect géographique et le maillage qui est mal réparti ça c'est aussi une autre difficulté* »

Certaines zones sont dépourvues d'une possibilité de soins.

- Sur un territoire très étendu :

AS4 : « *les territoires sont grands !* »

PTA2 : « *territoires qui sont extrêmement ruraux, où la géographie est très compliquée* »

PTA3 : « *zone désertique : je pense au Sud notamment, dans le Champsaur parfois* »

AS2 : « *il y a des endroits très reculés* »

- Avec une absence de ressources liée au territoire :

PTA4 : « *l'aspect géographique fait aussi... Que ça provoque d'autres difficultés supplémentaires que sur un département peut être plat et urbain avec un petit peu de milieu rural mais là on a les aspects vraiment très très ruraux éloigné, et là où il n'y a pas de ressources...* »

- Associé à un manque d'attractivité :

AS2 : « *pas de cabinets qui veulent s'installer là-haut* »

Le temps de déplacement des services est un frein aux soins à domicile.

PTA2 : « *des personnes qui ont des heures d'APA allouées, mais personne ne vient en fait chez eux* »

PTA1 : « *il n'y a PERSONNE qui va dans leur commune* »

4.5.3 Connaître les ressources du territoire

Une bonne connaissance du territoire est nécessaire.

PTA2 : « il faut appréhender le territoire, il faut le connaître »

Pour connaître les ressources du territoire, il n'y a pas de démarche formalisée.

PTA2 : « on se demande par où on commence pour, pour... pour savoir quelles sont les difficultés en fait sur un territoire »

Pour améliorer l'efficacité des professionnels de la PTA un annuaire ressources est en projet pour harmoniser les outils.

PTA2 : « ils faut qu'elles puissent répondre aux professionnels d'ici donc il faut qu'elles puissent avoir un annuaire des ressources »

PTA2 : « c'était fait un répertoire de son secteur, individuellement »

4.5.4 Trouver une solution malgré les inégalités territoriales

4.5.4.1 Inégalités de répartition des services

Le personnel de soins à domicile est insuffisant par rapport aux besoins évalués dans certaines zones rurales.

PTA4 : « il n'y a pas assez de places en SSIAD, la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire est inégale »

AS2 : « un département rural où il y a par exemple que l'ADMR, qu'une association, et où ils n'ont plus assez de personnel pour assurer le nombre d'heures »

4.5.4.2 Inégalités de répartition des médecins traitants

Un manque de médecins touche certaines zones dites « désert médical » du territoire.

PTA4 : « l'isolement de certains médecins aussi, dans des vallées reculées ça c'est compliqué aussi, la répartition »

4.5.4.3 Absence de services

Le maillage territorial des services de soins est incomplet.

AS3 : « il y a encore des secteurs qui ne sont pas couverts par les prestataires ! »

PTA2 : « il y a des fois des maintiens à domicile qui sont vraiment compromis, où les personnes ne peuvent pas rester parce que personne ne peut intervenir, ce sont des territoires où aucun service à domicile ne peut envoyer du personnel »

4.5.4.4 Absence de concurrence

L'unicité de l'offre de soins limite le choix dans la mise en place d'actions. Aucune place n'est laissée pour une solution de repli.

PTA1 : « il y a qu'une structure qui intervient qui a dit qu'ils n'interviendront plus »

PTA4 : « des professionnels qui sont déjà sur place mais qui sont déjà overbookés parce qu'ils sont les seuls »

PTA4 : « il n'y a pas autant de choix, on n'a pas souplesse sur les interventions »

Conséquence de ce déficit de soins, l'aide de proximité vient en compensation mais ne peut être pérenne et reste très limitée.

PTA4 : « solidarité qui se met en place mais ça va être du bricolage et ce n'est jamais pérenne »

4.5.5 Communiquer sur l'ensemble du territoire

Couvrir tout le département en termes de communication pour la PTA n'est pour le moment pas réalisable.

PTA2 : « *on n'a pas dû couvrir tout le territoire, il faudrait vraiment faire ça tout le temps, [...] beaucoup de médecins qui nous connaissent pas encore, qui ne nous ont pas encore identifié* »

4.6 Agir selon les modes de financements

4.6.1 Quels financements pour la coordination ?

4.6.1.1 Pour les médecins généralistes, acteur central de coordination

L'assurance maladie ne prévoit pas de financement pour les temps d'analyse et de coordination par les praticiens.

PTA4 : « *ils [les MT] sont censés être le pilier de la prise en charge* »

Le médecin n'est pas rémunéré pour des réunions de coordination.

M2 : « *mais cette réunion durait deux heures. Moi j'ai pu rester que trente minutes après j'avais des patients à voir* »

Les visites médicales à domicile, temps important de coordination pour un maintien à domicile, ne sont pas valorisées.

M5 : « *en visite, on ne gagne pas notre vie ! C'est 35 euros en passant $\frac{3}{4}$ d'heure ou une heure au domicile, et 17 euros de prélèvement, donc pour le cabinet on ne peut pas se permettre de faire que des visites* »

4.6.1.2 Pour la PTA, appui à la coordination

La PTA dépend de moyens financiers pour mettre en place des moyens de coordination, qui sont insuffisants.

PTA2 : « j'ai zéro budget pour mettre en place des choses, donc on est obligés de faire avec des bouts de ficelle »

PTA2 : « et peut-être avoir plus de moyens pour faire des soirées à thèmes aussi »

A l'avenir, ces besoins financiers ne feront que s'accroître.

M5 : « dans les années à venir, ça va que grandir, à voir si les moyens suivent en fait »

4.6.1.3 Pour les outils de coordination

Les outils de coordination restent en attente de financement.

PTA2 : « après les solutions numériques tout ça, on est contraint par l'ARS, on est obligés d'attendre... »

4.6.1.4 Pour la formation des soignants

Le recrutement et la formation des professionnels des services d'aides à la personne manquent de moyens financiers sur tout le territoire français.

PTA5 : « on le voit bien au niveau national, il y a tout un tas de débats sur les services d'aides à la personne, leur financement... »

PTA5 : « peut freiner la mise en place des aides c'est aujourd'hui les services d'aides à la personne de recruter et d'avoir du personnel formé »

Les formations à la coordination pour les médecins généralistes ne sont pas financées.

M1 : « la plupart des médecins généralistes installés n'ont pas fait de formation là-dessus [la coordination] »

4.6.2 Le reste à charge du patient

Le financement restant à la charge du patient est un frein pour la mise en place du plan d'aide.

PTA3 : « il n'y aurait pas de problème pour mettre en place [...] de l'aide au ménage, et que ça serait 100 % à sa charge plutôt que 90 ça ne ferait pas une grosse différence financièrement parlant. Et malgré tout non il n'y a personne [...] mais après préconisation donnée si la personne ne veut pas... on ne va pas être plus intrusive »

4.6.3 Aides financières en situation d'urgence

Il existe le système de l'APA en urgence mais qui est traité puis financé exclusivement si le dossier APA en urgence comprend toutes les pièces justificatives qui se trouvent au domicile du patient.

L'avance financière des aides est impossible.

AS1 : « non il n'y a pas d'effet rétroactif ! »

En attente, aucune aide financière n'est financée.

AS1 : « dossier APA en urgence, ça veut dire que la personne est en situation de dépendance. Donc qu'est-ce qu'on fait dans l'intermédiaire ? Pour peu qu'elle ait 860 euros, le minimum vieillesse on va dire, elle ne peut pas payer ses aides ! Comment on fait ?! Et c'est qu'une histoire administrative ! Mais qu'on ne pourra jamais résoudre si la personne ne rentre pas chez elle ! »

L'APA en urgence fonctionne par forfaits. Ce forfait impose parfois des remboursements rétrospectivement. De plus l'aide financière octroyée est insuffisante pour la dépendance du bénéficiaire si elle est GIR 1.

AS2 : « la personne risque de devoir rembourser et c'est toujours compliqué. Et si c'est vraiment un GIR 1 ou GIR 2, la moitié du GIR1 de toute façon ne suffit pas donc c'est toujours compliqué »

Un système d'urgence efficace, administratif et financier, se fait de plus en plus ressentir.

AS1 : « il y a un moment donné où il va falloir qu'on ait des systèmes pompiers ! Mais ça ne peut pas reposer sur la PTA ! Un système pompier mais ne serait-ce que financièrement ! Parce que on a des gens de plus en plus âgés, de plus en plus fragiles, à domicile »

AS1 : « l'aide-ménagère elle est à... 20.80 de l'heure si on passe par l'ADMR sans APA. On ne va pas pouvoir mettre beaucoup de monde, si on n'a pas de financement. Et l'auxiliaire de vie elle est à un peu plus, elle doit être à 24 euros de l'heure »

4.6.4 Tarification dans le système de soins

La réduction globale des budgets et la limitation de l'enveloppe budgétaire retentissent sur tout le système de soins dont la coordination.

PTA4 : « les budgets réduits à droite et à gauche, font que... »

PTA5 : « des fois le mieux possible ce n'est pas possible avec l'enveloppe budgétaire imposée aux services ! »

4.6.4.1 A l'hôpital : T2A

La T2A est responsable de l'augmentation des sorties précoces à domicile.

M5 : « avec la T2A il y a des sorties qui sont très précoces et du coup ils reviennent souvent à domicile »

M5 : « en gériatrie, on dépasse toujours la borne haute donc pour des problèmes de rentabilité, l'hôpital est obligé de faire des sorties précoces »

La T2A accentue le manque d'anticipation auprès des assistantes sociales lors d'un retour à domicile.

AS1 : « on a toujours été prévenues trop tard, mais je dirai que ça s'est aggravé avec la T2A, la tarification à l'activité. La T2A a introduit un chronomètre qu'il n'y avait pas avant. Et ce chronomètre, plus il tourne, moins il rapporte au système de soins voire même il arrive à le handicaper. C'est-à-dire plus une personne reste dans un lit parce qu'elle a un problème social, plus elle va coûter cher à l'hôpital. Il faut être clair ! »

4.6.4.2 Pour les SSIAD : la tarification à la place

La tarification pour les SSIAD se fait à la place et non à l'acte, ce qui induit une préférence de prise en charge pour les cas les plus légers.

PTA4 : « les SSIAD par exemple, ils ont une enveloppe journalière pour chaque patient et dans cette enveloppe va être compris la globalité des soins »

PTA4 : « on sait que si un patient ne peut plus être pris en charge par l'infirmier libéral parce que la toilette est trop lourde et qu'à côté il faut gérer le traitement, le diabète, s'il y a des pansements etc. on sait que le SSIAD ne va pas vouloir le prendre en charge parce que ça va lui coûter trop cher »

4.6.4.3 Pour les SAD : la tarification à l'heure d'intervention

Pour les services de soins à domicile, l'augmentation des salaires par heure de travail pourrait contribuer à recruter plus de personnel et à augmenter la qualité des prestations grâce à un professionnel qui aurait pu se former.

PTA3 : « il faudrait de l'argent [...] pour les services d'aides à la personne pour qu'il y ait du professionnalisme, pour qu'il y ait une marge importante pour améliorer le salaire des personnes, leur reconnaissance »

PTA3 : « le manque de ressources humaines, ce n'est pas autre chose, comment on les considère, comment ils sont formés, il n'y a pas de plan de carrière tout simplement pour accompagner les personnes à domicile »

4.6.4.4 Pour les IDE libérales : à l'acte

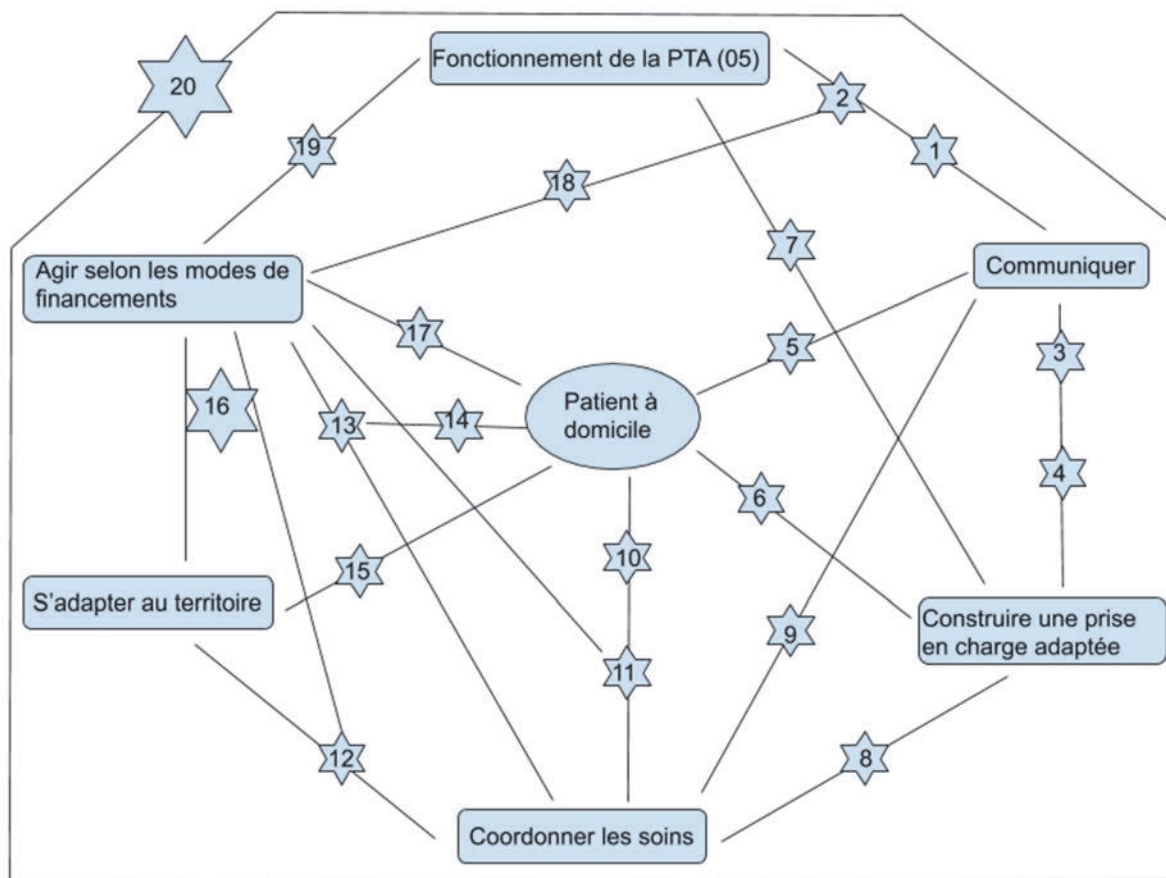
Le paiement à l'acte des infirmières libérales conduit à une sélection de clientèle pour laquelle le temps de déplacement sera plus court et plus rentable. Les temps de déplacements éloignés n'étant pas valorisés.

M5 : « *les infirmières libérales elles ont aussi leurs contraintes* »

4.6.4.5 Pour les médecins libéraux

Pour les médecins traitants, aucune cotation n'est prévue par l'assurance maladie pour la coordination de soins de leurs patientèles.

4.7 Modélisation des résultats



1 : Répondre à la permanence téléphonique

2 : Outils de communication

3 : Trouver la bonne méthode de communication

4 : Communiquer avec : les médecins libéraux, l'hôpital, les intervenants de terrain, les organismes publics

5 : Communiquer sur des publics spécifiques et multiples

6 : Intégrer les spécificités du patient ; Evaluer le patient dans sa globalité ;

Respecter le choix du patient ; Ajuster en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient

7 : Evaluer les actions

8 : Mettre en place les interventions ; Intégrer la rupture des prises en charge

9 : Utiliser les outils de communications communs

10 : Le dossier APA : constitution du dossier, attendre le traitement effectif du dossier

11 : Aides financières inadéquates de l'APA en urgence

12 : Inégalités ou absences de services

13 : Agir malgré les contraintes de l'hôpital : la T2A provoque une augmentation des sorties précoces et une réduction du nombre de lits à l'hôpital

14 : Les contraintes hospitalières accélèrent et augmentent le besoin des maintiens à domicile

15 : Inclure la saisonnalité touristique et l'augmentation des besoins

16 : Tarification du système de soins (à la place pour les SSIAD, à l'acte pour les IDE à domicile, à l'heure pour les SAD)

17 : Le reste à charge du patient

18 : Financement des outils de travail

19 : Financement pour les projets de la PTA

20 : Coordination globale des soins complexes par la PTA (05)

5. DISCUSSION

5.1 Principaux points de rupture abordés et relation avec la littérature

5.1.1 Choix des thèmes discutés

Un nombre significatif de difficultés et de points de vigilance ont été repérés par l'ensemble des participants de l'étude. La mise en commun de toutes les problématiques relevées grâce à l'expérience et à la pluridisciplinarité des professionnels, est le résultat exhaustif d'une analyse et d'un double-codage entre deux chercheurs, décrits dans le chapitre « Résultats ».

Les points de rupture clés de la coordination par la PTA (05) des soins complexes à domicile sont discutés en fonction de leur caractères résolutifs ou non.

5.1.2 Points de rupture clés

5.1.2.1 Limites difficilement résolutives

5.1.2.1.1 Intrinsèques au Patient

Centré sur le patient, la coordination des soins doit intégrer les difficultés de l'individu dans sa globalité.

Les particularités médicales, sociales, et environnementales du patient sont des facteurs non modifiables.

Le vieillissement de la population (22), les états de fragilité, « *l'isolement* » du patient, « *l'épuisement* » de l'aidant principal... sont des éléments aussi retrouvés dans d'autres études (23) accentuant les besoins d'aides à domicile et leur coordination.

Parallèlement, les actions menées par la PTA se heurtent à l'expression du patient et à son libre choix, le patient peut aussi changer d'avis.

Un élément similaire a été mis en évidence au cours d'une étude qualitative dans le Pays de Rennes. Cet élément est indissociable du patient et de son cheminement à l'annonce d'un diagnostic. Un temps « *d'accompagnement du patient vers la connaissance de sa pathologie* » doit lui être respecté, « *son adhésion au projet de soins et l'acceptation des soins se révèlent être autant de freins majorant la complexité du parcours* » (24).

Le patient décide ou non d'accepter le plan d'aide, d'améliorer ou non son environnement qui comporte aussi des difficultés :

« la PTA y va, et : c'est pas possible ! Le toit s'est effondré ! Heureusement que quelqu'un s'est inquiété de ça ! » (AS1)

La PTA est confrontée à des limites de coordination qui parfois ne peuvent être surmontées. Le plan d'action mené doit s'adapter aux besoins d'aides de plus en plus croissants tout en respectant les besoins et choix individuels de chaque individu.

5.1.2.1.2 Confidentialité et partage des informations

En lien avec la loi RGPD de 2018 (25) protégeant les données personnelles, les missions de la PTA sont impactées par le partage des informations.

Concernant les informations utiles à la prise en charge du patient, il est très difficile pour la PTA de recueillir celles de la MDPH particulièrement. Le respect de la confidentialité des données empêche aussi la PTA de communiquer ses informations lorsque le patient est hospitalisé.

N'existerait-il pas des « canaux » spécifiques et officiels permettant le partage de données sécurisées ?

Le DMP n'est à ce jour pas un outil pertinent avec sa complexité d'alimentation de données et son accès réservé limité pour un grand nombre de patients âgés :

« pour le patient c'est très compliqué de scanner les comptes-rendus » (PTA5)

L'autre outil qui pourrait répondre à ce besoin sont les messageries sécurisées qui posent aussi problème quant à leurs compatibilités entre elles.

Trouver un moyen fluide et protégé pour partager les données nécessaires aux soins du patient augmenterait considérablement l'efficacité de la coordination.

5.1.2.1.3 Contraintes liées à l'hôpital

Les deux contraintes majeures de l'hôpital qui ont été signalées sont la réduction des lits et l'augmentation des sorties précoces liées à la T2A :

« avec la T2A il y a des sorties qui sont très précoces et du coup ils reviennent souvent à domicile » (M5)

Ces deux phénomènes accentuent les besoins de maintien et de retour à domicile en accélérant la sortie d'hospitalisation. La PTA est dans la nécessité de trouver des solutions pérennes et souvent urgentes pour un maintien et un retour à domicile adapté à chaque patient.

En octobre 2017, une enquête qualitative interrogeant des médecins généralistes installés dans le pays de Rennes décrit ces difficultés avant même la création d'une PTA (24) : les sorties précoces à domicile complexifient la prise en charge *« principalement lorsque le contexte social est inadapté »* à cela s'ajoute les difficultés *« d'accès aux structures d'hébergement »*. Surajouté aux problématiques que représentent ces sorties précoces, une étude par focus groupes alerte sur les jours et horaires de sorties :

« Ça fait des années, qu'on demande à ce que les patients surtout âgés ne sortent pas un vendredi après-midi, le médecin n'est pas disponible, et quand rien n'est mis en place c'est une catastrophe le weekend. Et on arrive à des situations effectivement où le weekend ils sont à nouveau hospitalisés. » (23)

L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) devient performante grâce à l'évaluation précise et complète des besoins à domicile. Dans ces situations, l'EGS est confrontée à son degré d'urgence qui devra être solutionnée.

Vient ensuite la mise en place du plan d'action qui se heurte à la discontinuité des soins.

5.1.2.1.4 Discontinuité des soins

A plusieurs étapes, la coordination des soins complexes à domicile est limitée : soit par l'impossibilité d'initier les soins, soit par l'interruption des soins ou même l'arrêt des soins.

Les soins à domicile ne peuvent pas toujours être mis en place par déficit de structures ou de personnels soignants. Le territoire des Hautes-Alpes est inégalement réparti en ressources de soins ce qui peut mettre en échec les actions coordonnées nécessaires.

Pour un relais en sortie d'hospitalisation, le manque de place en EHPAD ou en convalescence impose parfois un retour à domicile souvent inadapté. Face à la multitude de demandes, les SSR priorisent les prises en charge en fonction de plusieurs aspects : la complexité des actes, le comportement du patient, le projet de sortie...

Lors d'un retour à domicile, les cabinets d'infirmiers libéraux acceptent les prises en charge en fonction des actes à réaliser, du temps de déplacement...

Il est parfois même impossible d'initier une prise en charge spécialisée pour un accompagnement du handicap à domicile tant les délais d'attente sont considérables. Durant ce temps d'attente, la PTA est dans l'impasse de proposer des aides adaptées, car il n'existe pas d'autres propositions de ressources sur le territoire.

Tous ces éléments ont été repérés dans cette étude lors des entretiens avec les professionnels, la conséquence alarmante est l'absence d'aides à domicile pouvant entraîner une mise en danger :

« des gens qui sont au domicile ça fait 6 mois, 6 mois et il n'y a personne qui intervient »
(PTA2)

Dans plusieurs cas de figure, la continuité des soins ne peut être effectuée, la PTA ne pouvant actionner le plan d'aide à la hauteur des besoins. Pour trouver des solutions, lorsque des alternatives sont trouvées, la PTA est contrainte de coordonner des aides, pas toujours en rapport avec le niveau de besoins.

Dans d'autres circonstances, la coordination organisée par la PTA est perturbée par l'arrêt des soins en cours :

« tout d'un coup il y a un arrêt [de prise en charge], pour une raison ou une autre »
(PTA1)

Les interruptions de prises en charge par certains SSIAD ont souvent lieu à la suite d'une hospitalisation où la place vacante du patient n'est pas financée donc pas conservée (liste d'attente). Cela induit un arrêt de prise en charge et la PTA doit réamorcer tout le processus d'aides au retour à domicile du patient.

Les interruptions sont parfois dû au déficit de personnel dans les structures de soins, qui sont dans l'obligation de restreindre les horaires d'interventions les week-ends ou qui ne peuvent pas remplacer les absences des professionnels.

La loi HPST définit la permanence des soins ambulatoires en France (26) avec une permanence médicale et pharmaceutique. La continuité des soins à domicile n'est pas incluse dans ce projet de loi. Au cours d'une thèse article soutenue en avril 2018 : « *Évaluation de la continuité de soins en médecine libérale à l'échelle nationale* » celle-ci met en évidence « *une réelle discontinuité des soins en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires* » (27). Aucun travail de recherche n'est retrouvé sur la discontinuité des soins spécifiquement réalisés par les intervenants à domicile, pourtant les faits décrivent une réalité à prendre en compte.

La PTA des Hautes-Alpes est confrontée à des points de rupture difficilement modifiables puisque faisant partie intégrante de la réglementation du système de santé.

5.1.2.2 Difficultés pouvant être solutionnées

5.1.2.2.1 Par la PTA

5.1.2.2.1.1 Modifier la communication pour qu'elle soit plus fluide et concrète

Communiquer de manière plus pragmatique est un besoin ressenti par les médecins. Il a été retrouvé au sein de ce travail que la « *communication est parfois un peu décalée* » (M1). Les messages de communication par la PTA (05) sont trop éloignés de la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Cet élément a aussi été repéré au cours d'une Thèse enquêtant sur la satisfaction des médecins généralistes de Bretagne (Saint-Malo et Dinan) au sujet de la PTA Appui Santé Rance Emeraude :

« Une façon pour la PTA de se faire connaître et de mobiliser les médecins serait de présenter ses services en organisant des rencontres présentant des cas concrets issus de la file active et de mettre en lumière l'amélioration de la prise en charge des patients et ses qualités par ce biais. » (16).

Communiquer de manière plus fluide et plus rapide, est une autre nécessité pour améliorer la communication qui a été repéré par les membres de la PTA :

« peut-être réfléchir à cette communication fluide, je pense qu'on peut l'améliorer pour devenir très opérationnelle en évitant tous les mauvais côtés de trop de mails. » [...] « *c'est leur intérêt et le nôtre d'avoir des réponses rapides* » (PTA5)
« *l'idée c'est d'avoir une espèce d'unité pour que les professionnels extérieurs à tout ça puisse s'y retrouver* » (PTA4)

La réponse à ce besoin a peut-être trouvé une solution pour une autre PTA :

« Un serveur qui ferait communication. C'est-à-dire via une appli, via smartphone ou via nos ordi, où on peut déposer une question et avoir la réponse dans les 48h s'il n'y a pas d'urgence, dans les 72h. » (16).

L'idée d'une application PTA (05) serait un canal différent pour communiquer avec tous les partenaires, en ciblant des messages concrets en fonction des professionnels. Elle permettrait d'élargir le public pouvant solliciter la PTA et de se faire connaître auprès d'autres médecins comme les remplaçants.

La création d'un outil performant d'échanges d'informations serait intéressante.

5.1.2.2.1.2 Harmoniser les ressources disponibles

L'absence de deux outils, qui apporteraient de l'efficacité à la coordination, a été identifiée.

D'une part un annuaire des ressources partagé est nécessaire.

Ce déficit a été cité par un membre de la PTA (05) :

« il faut qu'elles [membres de la PTA] puissent répondre aux professionnels d'ici donc il faut qu'elles puissent avoir un annuaire des ressources » (PTA2)

Cet outil a aussi été imaginé par des médecins généralistes des Hauts-de-France avant l'élaboration d'une PTA *« perçue comme un guide ressources »* qui *« aurait un gros carnet d'adresses avec l'idée de l'annuaire partagé »* (23).

Cet annuaire de ressources, commun à tous les professionnels de la PTA (05), faciliterait leur mission d'information et d'orientation aux professionnels de santé.

D'autre part, une *« cartographie des ressources disponibles »* (23) serait pertinente en complément de l'annuaire partagé.

Un membre de la PTA des Hautes-Alpes a le projet de *« rajouter le diagnostic territorial, sorte de carte interactive avec les secteurs »* (PTA2).

Ce second outil, accessible sur le site internet de la structure, fournira des informations sur tous les partenaires et dispositifs du territoire nécessaires à la coordination. Impliquant de

nombreux domaines autre que la santé, cette cartographie pourrait être élargie aux structures d'ordre social, juridique, économique...

5.1.2.2.2 Par les niveaux hiérarchiques supérieurs à la PTA

5.1.2.2.2.1 Besoins de formation

A plusieurs reprises la nécessité de former les professionnels s'est fait ressentir. Que ce soit des médecins généralistes et des IDE dont la coordination est absente du cursus médical et paramédical, jusqu'aux partenaires et intervenants à domicile qui sont en première ligne et au contact du patient au quotidien.

Une formation pour les membres de la PTA est aussi nécessaire (pour les infirmières de coordination et les gestionnaires de cas), le métier de coordonnateur peut être difficile pour tout nouveau professionnel dans la structure :

« c'est vraiment un travail d'enquête minutieux. Et si on ne connaît pas trop le profil de ces personnes-là, handicap, toxico, psy, ouais... mesure de protection [...] j'ai eu plusieurs situations vraiment difficiles » (PTA3)

Suite à l'élargissement du public cible de la PTA (05) ne se réduisant plus aux personnes âgées mais à des populations variées (pédiatrie, handicap, addictologie...), une meilleure connaissance des spécificités de chaque population et des dispositifs apparentés apporterait de l'efficacité à la structure.

Le besoin de « *formation des IDE au métier de coordonnateur* » (18) a aussi été précisé au cours d'une étude observationnelle.

Une idée a émergé lors de focus group réunissant plusieurs professionnels de santé qui serait d'utiliser la PTA comme « *le lieu de formations* » (23). Des rencontres interprofessionnelles sont déjà organisées par la PTA (05) et cette solution pour améliorer la coordination des soins peut tout à fait être imaginée.

5.1.2.2.2 Valoriser les temps de coordination

Le manque de valorisation du temps de coordination touche plusieurs professionnels.

Au sein de la PTA (05), les professionnels de la coordination se voient amputer des journées de travail pour répondre aux missions, qui restent néanmoins indispensables : de la communication et de la permanence téléphonique :

« assurer la permanence téléphonique, ça c'est extrêmement pesant parce qu'il faut réussir à organiser » (PTA4)

En octobre 2018, une étude observationnelle incluant 96 patients de cas complexes gérés par la PTA Sud-Manche (18) a mis en évidence des problématiques communes à la PTA (05). La solution décrite, adaptée à la structure des Hautes-Alpes, propose la « *libération de temps administratif pour l'ensemble de l'équipe opérationnelle afin d'optimiser le suivi* » en « *augmentant le temps de travail de l'assistante administrative au sein de la structure ou en recrutant un second assistant* ».

Un second moyen pour optimiser le temps de coordination serait la création d'outils ou de « *logiciels beaucoup plus ergonomiques* » (PTA3) avec des logiciels-métier adaptés et efficaces. Ce besoin a de même été identifié lors de cette étude observationnelle confortant la nécessité d'une « *mise en place d'outils qualité* » (18).

Pour libérer du temps de coordination, la création d'un poste d'animateur territorial serait utile : « *il faudrait un animateur territorial, qu'il ne fasse que ça, que ce soit son job. Alors là je pense que ça irait 10 fois plus vite dans la com !* » (PTA2).

Un acteur de communication à temps plein, améliorerait la réactualisation de la communication et à la mise à jour de la sectorisation des professionnels de santé. La communication pourrait couvrir une plus grande partie du territoire et les liens entre les partenaires pourraient être développés.

Cette piste, déjà pensée par un membre de la PTA (05), ne pourrait-elle pas déboucher sur un poste mutualisé entre plusieurs PTA de la région PACA ? La communication devrait néanmoins être adaptée en fonction des spécificités de chaque structure.

En tant qu'acteur central de la coordination, le paiement majoritairement à l'acte du médecin généraliste ne valorise pas son activité de coordination.

Les participants de l'étude portant sur le Pays de Rennes énoncent cette problématique. Le médecin traitant est limité dans la coordination par son organisation : due à la charge de travail, elle se fait souvent « *entre les consultations* » et « *le manque de valorisation du temps de coordination* » limitent son rôle d'acteur principal.

Une autre étude réalisée en 2018 dans la région PACA portant sur les points de rupture dans le parcours de soins coordonnés, consacre tout un chapitre à « *la gestion administrative* » et plus particulièrement au « *manque de rémunération pour la réalisation de ces tâches* » comme par exemple « *pour rédiger un dossier MDPH* » (28).

Le manque de valorisation pour des actes de coordination est un frein à ne pas négliger.

Un des praticiens interrogés sur les difficultés de coordination touchant la PTA (05) explique une seconde limite liée au paiement à l'acte :

« En visite, on ne gagne pas notre vie ! C'est 35 euros en passant ¾ d'heure ou une heure au domicile, et 17 euros de prélèvement, donc pour le cabinet on ne peut pas se permettre de faire que des visites » (M5).

La diminution des visites à domicile par les médecins accentue le manque de suivi médical chez certains patients âgés ne se mobilisant plus en dehors de leur lieu de vie :

« c'est vrai que nous on récupère plein de gens qui n'ont pas vu de médecins depuis trois, quatre ans ! » (PTA5).

De même, pour les intervenants de santé à domicile (IDE libérale, SSIAD, SAD, auxiliaires de vie, aides ménagères...) les paiements en fonction de leurs professions n'intègrent pas non plus leur contribution à la coordination quotidienne.

5.1.2.2.2.3 Le médecin généraliste : pivot principal de la coordination

L'analyse des demandes d'aides envers la PTA fait surgir un élément qui n'était pas prévu initialement : les sollicitations de la PTA (O5) viennent majoritairement de l'hôpital et non des médecins généralistes.

À l'origine, la PTA a été conçue pour venir en soutien aux professionnels de santé libéraux et ne devait pas être un appui pour l'hôpital :

« la PTA n'est pas sollicitée par l'hôpital, elle est sollicitée par les libéraux » (M5)

En pratique, l'origine des demandes est plutôt hospitalière :

« Beaucoup moins les libéraux... mais ça arrive, de plus en plus d'ailleurs » (PTA1)

Cette perte de l'objectif initial de la PTA pourrait-elle compromettre la disponibilité de la structure à répondre aux demandes d'aide des médecins généralistes ? La tendance est à l'accélération des soins complexes à domicile (22), de ce fait une vigilance est nécessaire pour éviter une saturation de la PTA par les demandes de l'hôpital.

Une meilleure compréhension du service rendu de la PTA et par conséquent une sollicitation plus importante par les professionnels serait améliorée d'une part par une communication plus concrète émanant de la structure et d'autre part par des temps de retour d'expériences. Formaliser les échanges de pratiques entre des représentants de médecins généralistes et des professionnels de la PTA est un axe d'amélioration à considérer.

Plusieurs éléments permettent de nuancer ces propos.

Tout d'abord, l'augmentation des sollicitations de la PTA par les professionnels libéraux est constatée par la structure, probablement dû à une connaissance plus étendue de la plateforme sur le territoire.

Ensuite, les patients suivis par les médecins généralistes sont aussi ceux qui sortent d'hospitalisation et pour qui la PTA est majoritairement sollicitée par l'hôpital.

Enfin, une satisfaction globale concernant la PTA (05) est constatée à plusieurs reprises, autant par les demandeurs d'aides de l'hôpital qu'en ville par les médecins libéraux connaissant la structure :

« la PTA c'est une super structure! Il y a que des louanges. Pour nous, médecins libéraux c'est super, et du coup elles absorbent nos contraintes qui sont autres que médicales parce que nous on gère déjà le médical » (M5)

5.1.2.2.2.4 Organiser un fonctionnement d'urgence

Au cours de cette étude, un élément non retrouvé dans les autres travaux de recherche, peut mettre en difficultés la PTA (05).

L'hôpital, source de demandes d'aides régulières est amené à solliciter la PTA dans le cadre de l'urgence :

« typiquement, quelqu'un qui tombe, il n'y a pas lieu d'hospitaliser, quelques fois on hospitalise pour un motif exclusivement social mais on n'aime pas trop. Donc à ce moment là : assez rapidement j'ai pris l'habitude d'appeler la PTA » (M4)

Le fonctionnement même d'une structure d'appui à la coordination n'a pas pour vocation de répondre en urgence aux demandes (29) :

« la PTA n'est pas adaptée à faire le pompier de service » (AS1)

Bien que le fonctionnement soit connu, la structure est parfois utilisée hors cadre défini.

Les demandes d'aides financières en urgence (APA en urgence) sont aussi limitées par le délai de traitement du dossier avec aussi la nécessité de déposer un dossier complet pour qu'il soit traité (30).

Suite à l'obtention d'aides financières, un remboursement des aides avancées incombe parfois au bénéficiaire (31) (32).

Dû à de multiples facteurs témoignés au cours des entretiens, certains retours à domicile s'effectuent sans que les aides humaines et financières nécessaires puissent être mises en place.

Le maintien à domicile de façon durable est alors compromis. Le besoin de créer un système pérenne pour répondre aux besoins urgents du retour à domicile devrait s'accroître avec la demande croissante de soins dû à une augmentation des pathologies chroniques et à une accélération du vieillissement de la population depuis 2011 (22).

5.2 Validité de l'étude

5.2.1 Points faibles

5.2.1.1 Expérience du chercheur

La réalisation d'entretiens individuels, étant la première expérience pour l'enquêteur, peut représenter un défaut de performance pour l'étude.

Des éléments recueillis au cours de précédents entretiens ont été mentionnés à la fin d'un entretien suivant et ont pu influencer la réponse du participant. Grâce à la lecture des retranscriptions, cette erreur a été identifiée et corrigée avant la réalisation d'entretiens ultérieurs.

5.2.1.2 Contexte des entretiens

Les entretiens se sont majoritairement déroulés sur le lieu de travail sauf pour un participant connu du chercheur dont l'entrevue s'est effectuée à domicile.

Dans les deux circonstances, le facteur limitant la qualité de l'échange a été la présence d'une ou plusieurs perturbations extérieures aux entretiens. Des appels téléphoniques professionnels ou l'interruption physique de personnes ont interrompu la discussion et ont fait perdre le fil directeur de l'idée énoncée par les participants.

La réalisation des entretiens sur le lieu de travail a parfois été limitée par la disponibilité horaire du participant.

Pour un des médecins interrogés, la contrainte horaire d'une consultation prévue après l'entretien a conduit à raccourcir l'échange.

Pour une assistante sociale, la gestion d'une situation problématique le jour même de l'entretien a diminué son intérêt pour l'étude.

Les autres participants ont bénéficié du temps nécessaire pour approfondir les éléments repérés pouvant aboutir à des points de rupture.

5.2.1.3 Recrutement et populations diversifiées

Les médecins participants ont été recrutés en veillant à diversifier leurs caractéristiques socio-démographiques (âge et sexe), professionnelles (lieu de travail, mode d'exercice) ainsi que celles en lien avec la PTA (durée de collaboration avec la PTA).

Pour les deux autres populations, ces caractéristiques n'ont pu être des critères de recrutement.

Les assistantes sociales de l'hôpital ont été sollicitées en fonction de leur fréquence de collaboration avec la PTA des Hautes-Alpes et par la différence des services rattachés.

Les professionnels de la PTA interrogées étaient toutes les personnes volontaires pour participer à l'étude. De par leurs différentes fonctions au sein de la PTA, la diversité des opinions a été intéressante.

5.2.2 Points forts

5.2.2.1 Originalité de l'étude

Dans la région PACA, ce travail de recherche est le premier à positionner la Plateforme Territoriale d'Appui au centre du sujet.

Croiser les expériences actives de trois populations de professionnels dont le travail de coordination interagit et collabore n'a pas encore été réalisé pour une PTA.

La réunion des expériences des membres de la PTA associées à celles de ses deux collaborateurs principaux : en ville par les médecins généralistes et à l'hôpital par les assistantes sociales, représente l'intérêt majeur de l'étude.

5.2.2.2 Méthodologie adaptée

Pour réunir l'expérience personnelle des professionnels impliqués dans la coordination de la PTA, l'entretien individuel est le recueil de données le plus pertinent. Chaque participant peut s'exprimer plus librement et aborder des difficultés propres à sa posture professionnelle. Les temps de parole de chacun auraient été moins longs lors d'un entretien en groupe. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face pour une meilleure qualité d'attention.

5.2.2.3 Triangulation des données

La pluralité des sources de données permet leur triangulation. Grâce à la participation de trois populations distinctes de professionnels de santé, la qualité des données recueillies apportent une finesse dans leurs analyses.

Le croisement de regards, professionnels et individuels, sur la même problématique est un point fort de cette étude.

5.2.2.4 Double codage

L'analyse indépendante des données par deux chercheurs puis leur confrontation augmente la justesse du travail. L'analyse initiale de l'étudiant en médecine, complétée par celle du second chercheur issu du secteur médico-psycho-social apporte tout son intérêt à l'étude.

La mise en commun des analyses a été réalisées pour chaque étape et ce jusqu'à l'obtention de la modélisation.

5.2.2.5 Saturation des données

La saturation des données est obtenue lorsque aucun nouvel élément est généré par l'analyse successive de deux entretiens. La saturation a été obtenue à partir du quatorzième entretien, mais devant la richesse des expériences recueillies, d'autres thématiques auraient probablement émergé à l'occasion d'entretiens supplémentaires.

5.3 Perspectives

5.3.1 Idées novatrices

Plusieurs idées novatrices ont été exprimées par les participants de l'étude, avec des faisabilités différentes mais non moins nécessaires. En les complétant avec d'autres solutions énoncées dans la littérature, les perspectives d'amélioration de la PTA des Hautes-Alpes sont nombreuses.

Les missions d'orientation et d'information des professionnels par la PTA des Hautes-Alpes seraient améliorées par la création de documents interactifs et partagés. Ces documents recensant tous les aspects pratiques des ressources disponibles sur le territoire pourraient prendre la forme d'un annuaire et d'une carte accessibles sur le site internet de la structure.

La mission d'appui à la coordination dans les parcours de soins complexes serait améliorée par des projets de formation spécifique et continue pour chaque professionnel.

La meilleure connaissance du fonctionnement des différents domaines entraînerait une collaboration plus adaptée et vertueuse à la coordination.

La communication, essentielle à ces missions, pourrait utiliser une application numérique en partageant des situations concrètes qui ont été solutionnées et par quels moyens.

Le maintien à domicile durable, objectif de la PTA, pourrait être optimisé par un dispositif temporaire d'aides diverses disponibles dès le retour à domicile. Ce système réactif, pourrait faire face aux lacunes des ressources disponibles :

« C'est un autre niveau d'intervention ! C'est l'urgence PTA. C'est vrai que c'est quelque chose qui leur permettrait d'intervenir plus vite. Peut-être aussi qu'à partir du moment où on sollicite cette urgence PTA, il y ait des moyens financiers et des moyens humains. C'est-à-dire qu'il y ait en face une urgence infirmière, une urgence kiné... qui soit déclenchable. » » (AS1)

5.3.2 Élargissement de la recherche

Dans les trois années à venir, de nouveaux dispositifs de coordination vont émerger au niveau national. Récemment, la loi du 24 juillet 2019 définit les DAC : « *Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes* » (33).

L'objectif est de créer un dispositif unique de coordination sur chaque territoire pour apporter une meilleure fluidité entre tous les dispositifs déjà existants et peu lisibles : Réseaux de santé, PRADO, CLIC, MAIA, CTA, PAERPA, et dernièrement PTA.

Les ARS sont missionnées de les fusionner et de porter au bout ce remodelage territorial. Un désaccord peut survenir quant à la convergence de ces dispositifs entre la gouvernance départementale des CLIC et la gouvernance régionale des autres dispositifs.

Les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) arriveront-ils à transformer la coordination des parcours de soins complexes ?

6. CONCLUSION

La Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes, structure venant en soutien aux professionnels dans la coordination des soins complexes à domicile, est confrontée à de multiples points de rupture.

C'est au cours de cette étude qualitative que les expériences de terrain des membres de la PTA (05) complétées par celles des principaux demandeurs d'aide : médecins généralistes libéraux et assistantes sociales de l'hôpital, ont permis de mettre en évidence ces difficultés nombreuses et diverses.

De grandes thématiques émergent, chacune comprenant des catégories de difficultés, qui sont rassemblées en fonction des facteurs les plus directement liés à la PTA (05) aux facteurs les plus éloignés.

Ainsi, des points de rupture ou de vigilance sont repérés au sein de la structure, liés au fonctionnement de la PTA (05). D'autres difficultés sont retrouvées lors des actions menées : pour communiquer, pour construire une prise en charge adaptée et pour coordonner les soins. Enfin, les missions de la PTA sont freinées par les spécificités liées au territoire des Hautes-Alpes et par les divers modes de financements des acteurs de soin.

L'analyse de ces données fait apparaître des solutions qui sont réalisables pour certaines et des éléments non modifiables pour d'autres. Les professionnels impliqués dans la coordination des soins complexes à domicile, proposent des idées novatrices intéressantes. Dans la littérature, des travaux réalisés dans d'autres régions de France corroborent plusieurs de ces constatations et enrichissent ce travail par d'autres axes d'amélioration. Bien que portées par une volonté nationale et répondant à des missions communes, chacune des PTA recense des difficultés qui lui sont propres.

Dans les trois prochaines années, le déploiement de nouveaux Dispositifs d'Appui à la Coordination portés par la loi OTSS du 24 juillet 2019, pourraient transformer l'efficacité des dispositifs déjà existants (PTA, réseaux de santé...) en les fusionnant, mais aussi faire apparaître de nouvelles problématiques.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. **Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P.** La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. **Loi du 1er juillet 1901** relative au contrat d'association - Légifrance - Journal officiel - JORF n° 0177 du 02/07/1901. [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=gLcmnfDZWcUMNUNhjzd n>
3. **Article 3 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002041523
4. **Article L6321-1 - Code de la santé publique** - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516228 /2018-01-19
5. **Guide_reseaux_de_sante-2.pdf** [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
6. **LOI n° 2009-879** du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
7. **Article 74 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913316
8. **Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016** relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032848079/>
9. **Annexe-1-Document-regional-déploiement-PTA-09042018.pdf** [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Annexe-1-Document-regional-d%C3%A9ploiement-PTA-09042018.pdf>
10. **Accueil - PTA Hautes Alpes** [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://pta-hautesalpes.sante-paca.fr/>
11. **Leroy B.** Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie: analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen Normandie. 2019.
12. **Vangaeveren J.** Les situations complexes rencontrées par les acteurs du parcours de santé de premiers recours [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille. 2019.

13. **Folschweiller R.** Construction de la Plateforme Territoriale d'Appui de Meuse: évaluation des attentes des praticiens libéraux meusiens [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine. 2019.
14. **Piot-Jourdain C.** Plateforme territoriale d'appui Caux-Dieppe-Vallée. Évaluation de la connaissance et utilisation de cet outil auprès des médecins généralistes du territoire [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen Normandie. 2020.
15. **Poiret C.** Etat des lieux des indicateurs d'évaluation et de suivi des plateformes territoriales d'appui en France en 2019 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille. 2019.
16. **Philippe T.** Appréciation de l'utilisation d'une plateforme territoriale d'appui par des médecins généralistes: étude qualitative auprès de médecins généralistes du territoire de santé Saint-Malo Dinan [Thèse d'exercice]. [France] : Université Bretagne Loire. 2019.
17. **Fargues U, Molines C.** Utilisation et besoins des médecins de l'agglomération Marseillaise concernant l'offre sanitaire et sociale de soins dans les situations gériatriques complexes [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix-Marseille. 2017.
18. **Tack C, Feillet T.** Plateforme territoriale d'appui du Sud-Manche: problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen Normandie. 2018.
19. **Lebres D.** Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe: évaluation de la connaissance, de l'utilisation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais [Thèse d'exercice]. [France] : Université Grenoble Alpes. 2019.
20. **Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P.** Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; (84) : 142-5.
21. **guide_theorisation_ancree.pdf** [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
22. **Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee** [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
23. **Schulz X.** Ressenti des acteurs du parcours de santé concernant les situations complexes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille. 2019.
24. **Bouin J.** Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Thèse d'exercice]. [France] : Université Bretagne Loire. 2017.
25. **LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018** relative à la protection des données personnelles | Legifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000036195293&type=general&legislature=15>

26. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
27. **George T, Filippi S.** Évaluation de la continuité de soins en médecine libérale à l'échelle nationale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix-Marseille. 2018.
28. **Guion L, Porez C.** Points de rupture dans le parcours de soins coordonnés. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix-Marseille. 2018.
29. **DGOS.** Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
30. **Article R232-23.** Code de l'action sociale et des familles - Légifrance - [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00032138723/2016-03-01
31. **Article D232-9-1.** Code de l'action sociale et des familles - Légifrance - [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032133659/2016-03-01
32. **Article R232-29.** Code de l'action sociale et des familles - Légifrance - [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032138679/2016-03-01
33. **Article 23 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821308

8. ANNEXES

- **Annexe 1**

Note explicative des entretiens individuels dans le cadre d'une thèse de médecine générale

En tant qu'interne de médecine générale, je souhaite réaliser mon travail de thèse sur la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes.

La méthode utilisée est une recherche qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés, cette méthode s'est développée il y a quelques années et est actuellement bien reconnue et standardisée.

Je m'intéresse à la coordination des soins de santé du patient souhaitant rester à domicile et plus précisément à la PTA du (05) et aux difficultés que cette plateforme retrouve.

But de la recherche : L'objectif de ce travail de recherche est de décrire le plus exhaustivement possible les difficultés que rencontre la PTA.

Déroulement de l'entretien : Pour cela, je vais m'entretenir avec plusieurs personnes travaillant au sein de la PTA (05) en posant des questions ouvertes puis je m'entretiendrai avec des médecins généralistes du département.

Au cours d'une discussion décontractée, je vais recueillir vos réponses. Celles-ci représenteront la base de données sur laquelle je vais ensuite travailler.

Pour que ce travail soit de qualité, vos propos seront recueillis pour en assurer la fidélité. C'est pourquoi l'enregistrement audio de cet entretien est essentiel. Vos propos seront par la suite retranscrits et anonymisés puis les enregistrements seront intégralement détruits.

Avant l'entretien audio, je vous demanderai de signer un consentement par écrit de ce type :

Consentement : Je donne mon accord pour que mes propos soient enregistrés puis retranscrits et anonymisés. Les enregistrements audios seront ensuite détruits.

J'accepte que ces données soient utilisées dans le cadre du travail de thèse dont cette recherche fait l'objet.

Bien cordialement,

Emma VINCENT

- **Annexe 2 : Consentement écrit des participants**

THESE DE MEDECINE GENERALE : Coordination des soins de santé complexes à domicile dans le territoire des Hautes-Alpes par la plateforme territoriale d'appui : Quels en sont les points de rupture ?

Question de recherche : Quels sont les difficultés identifiées de la PTA (05) par les professionnels de santé dans la coordination des soins complexes ?

Recueil du consentement des interviewés :

Je soussigné(e) donne mon accord pour que mes propos soient enregistrés puis retranscrits et anonymisés. Les enregistrements audios seront ensuite détruits.

J'accepte que ces données soient utilisées dans le cadre du travail de thèse.

Signature :

- **Annexe 3 : Guide d'entretien pour les médecins généralistes**

Données socio-démographiques :

Age :

Sexe :

Mode d'exercice : urbain/ rural/ semi-rural/ seul/ en groupe

Durée de collaboration avec la PTA 05 ?

Questions générales :

Comment avez-vous connu la PTA du (05) ?

Quelles sont vos attentes quand vous faites appel à la PTA des Hautes-Alpes ? Etes-vous satisfaits ?

Pouvez-vous me dire quelle est votre expérience avec la PTA des Hautes-Alpes ?

Difficultés :

Que rencontrez-vous comme difficultés avec la PTA ?

D'après vous, quelles sont les trois problématiques les plus importantes que vous retrouvez lorsque vous sollicitez la PTA (05) ? et les trois problématiques les plus fréquentes ?

Pouvez-vous me dire quelle est la situation problématique qui vous a le plus marquée lorsque la PTA est intervenue ?

Avez-vous été mis en difficulté suite à l'intervention de la PTA ?

Quels sont vos moyens de communiquer avec la PTA ? Que pensez-vous de la communication entre le médecin traitant et les professionnels de la PTA du 0(5) ?

Ouverture :

Pensez-vous que cette plateforme puisse être améliorée ? Qu'est-ce qui pourrait améliorer la PTA ?

- **Annexe 4 : Guide d'entretien pour les membres de la PTA des Hautes-Alpes**

Données socio-démographiques :

Âge :

Sexe :

Questions générales :

Quel est l'intitulé de votre poste de travail :

Durée de travail au sein de la PTA 05 :

Difficultés :

Quelles sont les difficultés les plus fréquentes que vous rencontrez au sein de votre travail ?

D'après vous, quelles sont les 3 problématiques les plus importantes que vous avez retrouvées ?

Quelle est la situation problème vous a le plus marquée lors de votre travail au sein de la PTA ?

Quels sont les freins que vous avez vécus pour répondre à vos missions ?

Avez-vous été mis en difficulté lors de la mise en place de votre plan d'action ? Qu'est-ce qui a empêché votre travail d'aboutir ?

Que pensez-vous de la communication entre le médecin traitant et les professionnels de la PTA du 05 ? Et que pensez-vous de la communication avec les partenaires de la PTA ?

Ouverture :

Pensez-vous que cette plateforme puisse être améliorée ? Avez-vous des idées de solutions pour améliorer la PTA (05) ? En quoi pourrait-elle être améliorée ?

- **Annexe 5 : Guide d'entretien pour les assistantes sociales de l'hôpital de Gap :**

Données socio-démographiques :

Sexe :

Âge :

Services rattachés :

Général :

Comment avez-vous connu la PTA du (05) ?

Depuis combien de temps faites-vous appel à la PTA ?

Dans quelles situations appelez-vous la PTA ?

Pouvez-vous me décrire comment vous vous organisez avec la PTA ?

Quelles sont vos attentes quand vous faites appel à la PTA des Hautes-Alpes ? Etes-vous satisfaits ?

Pouvez-vous me dire quelle est votre expérience avec la PTA des Hautes-Alpes ?

Comment vous organisez-vous avec la famille du patient et la PTA ? Qui fait le lien ?

Difficultés :

Qu'est-ce qui est difficile pour vous quand vous faites appel à la PTA ? Que rencontrez-vous comme difficultés avec la PTA ?

Est-ce que vous avez remarqué un élément qui a freiné la prise en charge d'un patient pour lequel vous avez fait appel à la PTA ?

D'après vous, quelles sont les trois problématiques les plus importantes que vous retrouvez lorsque vous sollicitez la PTA (05) ? et les trois problématiques les plus fréquentes ?

Pouvez-vous me dire quelle est la situation problématique qui vous a le plus marquée lorsque la PTA est intervenue ?

Avez-vous été mis en difficulté suite à l'intervention de la PTA ?

Quels sont vos moyens de communiquer avec la PTA ? Que pensez-vous de la communication entre l'hôpital et la PTA ?

Ouverture :

Pensez-vous que cette plateforme puisse être améliorée ? et comment ? Qu'est-ce qui pourrait aider la PTA ?

- Annexe 6 : Document FAM



Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle

Document réservé à usage strictement professionnel



Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.

Qui fait la demande ? Personne elle-même Autre Cliquez ici pour entrer du texte.

La personne ou son représentant légal a donné son consentement à la transmission de la fiche et au partage d'informations entre les partenaires.

La personne est informée de la transmission de la fiche et du partage d'informations entre les partenaires.

La personne n'a pas pu donner son consentement

Coordonnées de la personne

Nom / Prénom Cliquez ici pour entrer du texte. **Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

Situation familiale : marié veuf célibataire divorcé vie maritale

Personne ressource : **Représentant légal** : Cliquez ici pour entrer du texte.

Si représentant légal, type de protection juridique : Cliquez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant : Cliquez ici pour entrer du texte.

La personne est-elle à domicile, si non précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.

Problématique(s) et besoin(s) de la personne

Quelle(s) est/sont la/les problématique(s) rencontrée(s) justifiant la demande ?

Cliquez ici pour entrer du texte.

Besoins exprimés/repérés (cochez les catégories correspondantes à la problématique évoquée):

1 Santé 2 Aspects sociaux et familiaux 3 Autonomie Fonctionnelle (Les AVQ/ANQ sont définies au verso)

4 Aspects économiques et administratifs 5 Environnement et sécurité

Pour mieux cibler la demande, vous pouvez renseigner le verso du document

Informations complémentaires

Aide(s) financière(s) : APA PCH Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation Caisse de retraite

Autre : Cliquez ici pour entrer du texte. Inconnu

La personne a-t-elle des interventions à domicile ? Lesquelles ? Si oui, renseignez la fréquence d'intervention

(Pour mieux cibler la demande, vous pouvez également renseigner le verso du document):

Cliquez ici pour entrer du texte.

Orientation(s)		
A remplir par l'émetteur de la feuille		A remplir par le récepteur
Etape n°1 : Qui fait l'orientation ?	Etape n°2 : Destinataire(s) de l'orientation Délai de réponse souhaité?	Etape n°3 : Retour d'informations au partenaire
Structure/Service : Cliquez ici pour entrer du texte.	Structure(s)/Service(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Demande acceptée par le partenaire le : Cliquez ici pour entrer une date.
Nom-Prénom – Fonction : Cliquez ici pour entrer du texte.	Objectifs attendus : Cliquez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Orientation invalidée – motifs : Date : Cliquez ici pour entrer une date.
Coordonnées : Cliquez ici pour entrer du texte.	S'agit-il d'une orientation par défaut (absence du service souhaité, ex manque de places)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pourquoi ? Cliquez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Réorientation faite vers:
		La réorientation a-t-elle été acceptée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Cliquez ici pour entrer une date.
		Retour d'information à l'émetteur le : Cliquez ici pour entrer une date.

Informations complémentaires facultatives : Besoins repérés

<p>1</p> <p>Santé (physique et mentale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mauvais état de santé ressenti par la personne (plainte exprimée) <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...) <input type="checkbox"/> Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, tristesse...) <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...) <input type="checkbox"/> Symptôme physique (troubles sensoriels, essoufflement même au repos, perte d'équilibre, chute, plaies, baisse de la mobilité...) <input type="checkbox"/> Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant) 	<p>3</p> <p>Autonomie fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes essentiels de la vie, AVQ (=Actes de la Vie Quotidienne) : se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes, etc... <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique, AIVQ (=Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne): courses, ménage, préparation des repas, gestion des médicaments, du linge, utilisation des moyens de transport <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire celles qu'elle aimait faire)
<p>2</p> <p>Aspects familiaux et sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement problématique (absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin) <input type="checkbox"/> Perte ou épuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Situation de vulnérabilité <input type="checkbox"/> Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, ...) <input type="checkbox"/> Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage) 	<p>4</p> <p>Aspects économiques et/ou administratifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, carte de retrait invalidée...) <input type="checkbox"/> Perte ou difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité économique <p>5</p> <p>Environnement et sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accessibilité du logement <input type="checkbox"/> Habitat inadapté (meublier inadapté et/ou détérioré avec risque de chute et/ou d'accident domestique) <input type="checkbox"/> Insalubrité/vétusté

Intervenants professionnels déjà présents

- SSIAD PTA Référente Autonomie HAD IDE Kiné CCAS ESA Plateforme des aidants
 Accueil de Jour Associations d'usagers (France Alzheimer, etc.) SAAD (mandataire ou prestataire)
 Emploi direct Equipe Mobile de Gériatrie Equipe Mobile de Soins Palliatifs Pharmacien
 Autre Cliquez ici pour entrer du texte.

Il y a un épuisement des professionnels ? Oui Non

Commentaires

Cliquez ici pour entrer du texte.

FAM à envoyer à l'adresse suivante: pta05@e-santepaca.fr

- **Annexe 7 : Liste des pièces à fournir pour remplir la demande du Dossier d'APA**

- Dossier de demande d'Allocation personnalisée d'autonomie complété avec soin et signé
- Feuillet « Renseignements complémentaires »
- Feuillet « Renseignements concernant les proches aidants du demandeur »
- Relevé d'identité bancaire - uniquement dans le cadre d'une demande d'APA à domicile
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition du foyer, recto-verso ou à défaut le relevé de compte où les caisses de retraite sont apparentes
- Photocopie de la dernière déclaration préremplie des revenus
- Photocopie du ou des dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière pour les propriétaires (biens bâtis et non bâtis) recto verso dans son intégralité
- Photocopie du contrat de souscription d'assurance-vie et dernier avenant précisant le solde au moment de la demande de l'APA.
- Photocopie du livret de famille ou d'une pièce d'identité.
- Certificat médical (en annexe) rempli par le médecin traitant. Obligatoire dans le cadre d'une demande CMI ou APA à domicile.
- Photocopie, le cas échéant, du bulletin de présence en établissement ou du contrat d'accueil en famille agréée.
- Photocopie du jugement de tutelle s'il y a lieu

9. LISTE DES ABREVIATIONS

APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence régionale de Santé
DAC :	Dispositif d'Appui à la Coordination
DMP :	Dossier Médical Partagé
EGS :	Expertise Gériatrique Standardisée
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FAM :	Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
IDEC :	Infirmier Diplômé d'État Coordonnateur
MAIA :	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS Europe :	Organisation Mondiale de la Santé bureau régional de l'Europe
OTSS :	loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé
PTA (05) :	Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes
PP(C)S :	Plan Personnalisé de Coordination en Santé
SAAD :	Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SAD :	Service d'Aide à Domicile
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UCC :	Unité Cognitivo-Comportementale
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHPAD :	Unité d'Hébergement pour Personnes Agées Désorientées
USCD :	Unité de Soins de Courte Durée
USSR :	Unité de Soins de Suite et de Réadaptation
VVCS :	Association « <i>Vivre sa Vie Chez Soi</i> »
WONCA :	World Organization of National Colleges Academies (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RESUME

Contexte : Nouvelle structure de coordination des soins complexes à domicile, la Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes a été créée à la suite de l'impulsion politique de modernisation du système de santé le 4 juillet 2016.

Objectif : L'objectif principal de l'étude est de recueillir les points de rupture de la PTA (05) grâce à l'expérience des professionnels de santé, pour en dégager des pistes d'amélioration.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Trois populations de professionnels de santé ont été interrogées : membres de la PTA (05), médecins généralistes et assistantes sociales de l'hôpital. Le recueil des données a suivi un guide d'entretiens qualitatifs adaptés à chaque profession. Un double-codage des données a été réalisé pour chaque étape de l'analyse aboutissant, après saturation des données, à une synthèse commune des points de rupture repérés.

Résultats : De nombreuses difficultés ont été mises en évidence grâce à la mise en commun de l'expérience des professionnels de santé. L'analyse des données a identifiée des grands thèmes de points de rupture dû : au fonctionnement de la PTA (05), à la communication, à la construction de la prise en charge, à la coordination des soins, au territoire des Hautes-Alpes et aux financements diversés.

Conclusion : Le dynamisme des professionnels de terrain impliqués dans la coordination des soins complexes a fait émerger des idées novatrices.

Étant une structure récente, la PTA des Hautes-Alpes possède des perspectives d'amélioration intéressantes et nécessaires face la demande croissante des soins à domicile.

Mots-clés : Points de rupture / Plateforme Territoriale d'Appui / Hautes-Alpes / Coordination / Soins complexes / Maintien à domicile.