



HAL
open science

Plateformes Territoriales d'Appui de la Manche : deux territoires, deux modalités : étude descriptive de la mise en place des PTA du Sud-Manche et du Nord-Cotentin

Mathilde Després-Morin

► To cite this version:

Mathilde Després-Morin. Plateformes Territoriales d'Appui de la Manche : deux territoires, deux modalités : étude descriptive de la mise en place des PTA du Sud-Manche et du Nord-Cotentin. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03123597

HAL Id: dumas-03123597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03123597>

Submitted on 28 Jan 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2020

par

Mathilde Després-Morin

Née le 29 septembre 1990 à Pont-Audemer (27)

TITRE DE LA THÈSE :

**Plate-formes Territoriales d'Appui de la Manche : Deux territoires, deux modalités.
Étude descriptive de la mise en place des PTA du Sud-Manche et du Nord-Cotentin.**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Professeur CLIN-GODARD Bénédicte

Monsieur le Professeur VERDON Renaud

Monsieur le Docteur DAVID Samuel, directeur de thèse.

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUDEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie

M. VIVIEN Denis Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. DE LA SAYETTE Vincent Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne Dermatologie
M. GUILLAUME Cyril Médecine palliative
M. LE BAS François Médecine Générale
M. SABATIER Rémi Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M. HURALT de LIGNY Bruno Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel Hématologie
M. VIADER Fausto Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

À tous « mes » patients, spécialement aux Créançais. Moi aussi je vous aurais bien dit merci mille fois au cours des consultations, mais peut-être n'auriez-vous pas compris...

À tous les membres du jury ; merci pour votre attention, merci pour la rapidité avec laquelle vous m'avez répondu pour que cette thèse trouve son aboutissement. Merci également pour les cours que vous avez prodigués et qui ont été très appréciés tout au long de mon cursus.

À Samuel. Merci pour la thèse, merci pour mon SASPAS... et pour toute l'aide que tu m'as apportée par ailleurs ! Quand j'étais en première année j'lui avais dit, au CHU, que je l'aurais ! Merci de m'avoir aidée à tenir jusqu'au bout.

À toutes les personnes qui ont contribué à ma thèse, de près ou de loin, et il y en a beaucoup ! Si je cherchais à citer tout le monde j'en oublierais forcément ; mais si je devais ne citer qu'une personne, ce serait Nelly.

À Jean-Baptiste, parce que tu es toujours là pour m'aider, que ce soit pour le quotidien ou pour les grands tournants de ma vie. Peux-tu souffler à l'oreille de Papa et Maman, un peu tous les jours, que je voudrais leur dire un immense merci du fond du coeur ? Garde tous leurs enfants comme les cinq doigts de la main même si des milliers de kilomètres nous séparent.

À Loulou, pour toutes les parties de marelle passées et à venir ! Je m'en vais mais un jour quelqu'un d'autre t'aidera au quotidien ; elle arrive bientôt, t'inquiète ;-)

À Raphaël Morin, parce que tu vas me donner ton nom et ton amour jusqu'à la fin du monde et même après. Il en faut des passeports pour arriver jusqu'à toi... En voilà un de plus, et tu m'as beaucoup aidée à l'obtenir !

Et... à Dieu, parce que c'est de Vous que tout vient et à Vous tout va.

Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé.
ADMR	Aide À Domicile en Milieu Rural.
ADSEAM	Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CAC	Communauté d'Agglomération du Cotentin.
CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail.
CCAS	Caisse Centrale d'Activités Sociales.
CH	Centre Hospitalier.
CHAG	Centre Hospitalier Avranches-Granville.
CHPC	Centre Hospitalier Public du Cotentin (Cherbourg-Valognes).
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire.
CIM	Classification Internationale des Maladies.
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination.
CME	Commission Médicale d'Établissement.
CMP	Centre Médico-Psychologique.
CMS	Centre Médico-Social.
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CPOM	Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens.
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
CSP	Code de Santé Publique.
CV	Curriculum Vitae.
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination.
DE	Diplôme d'Établissement.
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins.

DMP	Dossier Médical Partagé.
DLHV	Dossier de Liaison et Habitudes de Vie.
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence.
ECG	ÉlectroCardioGramme.
EEG	ÉlectroEncéphaloGramme.
EHESP	École des Hautes Études de Santé Publique.
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
EMASP	Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail.
ESP	Équipe de Soins Primaires.
ETP	Emploi Temps Plein.
FAOS	Formulaire d'Analyse et d'Orientation des Situations.
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.
FIR	Fonds d'Intervention Régional.
FSL	Fonds de Solidarité Logement.
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire.
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire.
HAD	Hospitalisation À Domicile.
HAS	Haute Autorité de Santé.
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire.
IAE	Institut d'Administration des Entreprises.
IDE	Infirmier Diplômé d'État.
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques.
IRTS	Institut Régional du Travail Social.
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie.
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie.

MEF	Maison de l'Emploi et de la Formation.
MLM	Mon Logiciel Médical.
MSAP	Maison de Services Au Public.
NOTRe	Nouvelle Organisation Territoriale de la République.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PACTE	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe.
PAERPA	Parcours de santé des personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie.
PASS	Passerelle d'Accès aux Soins et à la Santé.
PMI	Protection Maternelle et Infantile.
PPA	Projet Personnalisé d'Accompagnement.
PPS	Plan Personnalisé de Soins.
PSLA	Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire.
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui.
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale.
RÉPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique.
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources.
RSVA	Réseau de Services pour une Vie d'Autonomie.
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.
SCAD	Suivi Clinique À Domicile.
SNAC	Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination.
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires.
SSIAD	Services de Soins Infirmiers À Domicile.
SSR	Soins de Suite et Réadaptation.
UNA	Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile.
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux.

Index des tableaux et figures

Figure 1 : Carte de la Manche	4
http://www.jump-voyage.com/wp-content/uploads/2016/09/Carte-de-la-Manche-9.jpg	
Figure 2 : Nouvelle géographie communale et intercommunale de la Manche, Insee 2017..	5
https://www.insee.fr/fr/statistiques/graphique/2586494/inf_33_Illustration%202.png	
Tableau 1 : Liste des entretiens semi-dirigés	2
Tableau 2 : Le Cotentin	6
Tableau 3 : Dates et modalités d'organisation des deux PTA de la Manche	10
Tableau 4 : Les GHT	11
Tableau 5 : L'URML de Normandie	13
Tableau 6 : L'équipe du Sud-Manche	16
Tableau 7 : L'équipe du Nord-Cotentin	17
Tableau 8 : La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)	19
Tableau 9 : Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)	20
Tableau 10 : Exemple de Plan Personnalisé d'Aide (PPA)	23
Tableau 11 : Exemples de services d'information mis en place par le GCS Normand-e Santé	24
Tableau 12 : Budgets prévisionnels pour les deux PTA	27
Tableau 13 : Nombres de sollicitations par PTA	27
Tableau 14 : Répartition des cas par âge	28
Tableau 15 : Répartition des cas par sexe	28
Tableau 16 : Répartition des cas selon le mode d'inclusion (premier semestre)	28
Tableau 17 : Médecins généralistes du territoire ayant sollicité la PTA	28
Tableau 18 : Répartition des cas selon le type de mission	28
Tableau 19 : Composition des équipes	39

Sommaire

Introduction	1
I- Matériel et Méthodes	2
II- Contexte	3
1- Contexte socio-géographique	3
2- Qu'est-ce qu'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) ?	6
a) Première mission	7
b) Deuxième mission	7
c) Troisième mission	8
Ce que n'est pas la PTA : un substitut	8
3- L'appel à projets – constitution de l'opérateur	9
4- Ce qui existait déjà	13
III- Résultats	14
1- Délimitation du terrain pour chaque PTA	14
2- Composition des équipes	15
3- Faire connaître la PTA – connaître les structures d'aide au patient	18
4- Le fonctionnement actuel des PTA	21
Exemples de missions 1 et de missions 2	22
5- Le système d'informations	24
6- Rapports d'activités	26
IV- Discussion	29
1- Les biais	29
2- Interprétation des chiffres	30
3- Ouvertures	31
a) Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	31
b) La convergence des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)	32
c) Une augmentation des demandes entraînerait-elle une incapacité de répondre ? ...	33
d) Façon de voir... ..	34
e) « Communiquer pour exister »	35
Conclusion	36
Bibliographie	37
Annexe	39

Introduction

Pour un médecin généraliste, les motifs de consultation fréquemment rencontrés n'apportent pas de difficultés majeures ; le médecin y est habitué et sait rapidement la réponse qu'il doit apporter. L'examen clinique ne fait alors que confirmer la suspicion diagnostique, et la suite de la prise en charge découle de ces éléments.

Au contraire, de temps en temps le médecin généraliste va se trouver devant une situation complexe. Si la difficulté est médicale il peut s'adresser au spécialiste concerné. En revanche si la difficulté est sociale, il a devant lui de nombreuses structures pouvant potentiellement l'aider, lui et son patient. L'aide médico-sociale peut être nécessaire à la réussite d'un traitement, qu'il soit médicamenteux, chirurgical ou autre. Si le médecin ne sait pas activer l'aide la plus utile au patient dans un contexte donné, la guérison ne sera pas possible, ou la rechute sera inéluctable.

Le médecin généraliste peut apprendre l'existence et le fonctionnement des structures les plus à même de répondre à sa demande. Les médecins installés depuis quelques années commencent à bien connaître leur secteur avec toutes ses possibilités. Ils se créent un réseau qui leur est bien utile et facilite leurs prises en charge.

Mais leur activité principale réside dans les consultations, avec de façon périodique une formation pour parfaire leurs connaissances, plus ou moins une formation continue par des revues médicales. Les médecins généralistes n'ont donc pas beaucoup de temps pour apprendre à connaître les aides médico-sociales présentes sur leur secteur. Il serait inopportun pour eux d'entamer un travail qui leur demanderait beaucoup de temps, pour venir en aide à un faible pourcentage de leur patientèle. De plus, ce travail demanderait une mise à jour constante pour connaître les structures qui se mettent en place.

Ces constatations ont abouti à des initiatives différentes selon le contexte lié au territoire (pénurie de médecins plus ou moins grande selon les départements, déserts médicaux sur de petites zones au milieu de zones mieux desservies...), selon les personnalités qui s'y trouvent et les moyens qu'elles ont déjà mis en place, et selon les structures hospitalières déjà présentes. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont bien pris ces problèmes en compte, notamment via les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML), et ces constats sont remontés à l'État.

C'est ce qui a permis d'aboutir à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, projet porté par Marisol Touraine (ministre des affaires sociales et de la santé). L'un des quatre piliers(1) de cette loi consiste à faciliter au quotidien les parcours de santé. Des financements ont donc été accordés par l'État aux ARS pour qu'à leur tour elles financent des projets à cette intention. C'est dans ce cadre que sont nées les Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination (PTA), au nombre de dix en Normandie, deux dans la Manche, à savoir la PTA du Nord-Cotentin et celle du Sud-Manche, le Centre-Manche n'étant pas couvert par une telle structure.

Le but de cette thèse est de retracer la façon dont sont apparues les PTA de la Manche et de décrire les modalités retenues par les deux équipes. Cette comparaison peut ouvrir sur des voies d'amélioration pour les deux plateformes. Elle peut également permettre une réflexion au sujet des changements qui s'opèrent si vite pour notre système de santé.

NB : avant 1990, on orthographiait « plate-forme » avec un trait d'union, l'accord du pluriel se faisant pour l'adjectif et le nom. C'est ainsi que le mot est orthographié dans la loi de modernisation du système de santé. Depuis les rectifications orthographiques de 1990 on peut indifféremment écrire « plateforme » ou « plate-forme ». Les équipes PTA de la Manche omettent le trait d'union. Par souci de simplicité, nous ferons de même.

I- Matériel et Méthodes

Cette étude est descriptive et comparative. Elle a pour objectif de décrire la mise en place et le fonctionnement des deux PTA de la Manche, pour mieux connaître à la fois la structure PTA en elle-même, le territoire de la Manche, et le système de santé français avec ses nouvelles lois et donc ses nouvelles exigences.

Le recueil de données a eu lieu du 28 mars au 18 décembre 2019. La source primordiale d'informations a été l'entretien semi-dirigé avec les membres des différentes PTA :

<p>♪ <u>Pour les deux PTA :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♪ La personne chargée de mission pour le développement des PTA de Normandie (budget, recrutement de personnel, activité, fonctionnement), au niveau de l'ARS, ♪ L'une des deux salariées chargées de l'offre de soins ambulatoires au niveau de l'URML. 	
<p>♪ <u>Pour la PTA Sud-Manche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♪ Le médecin coordinateur du secteur Saint-James. ♪ Les deux assistantes administratives. ♪ Les deux infirmiers coordinateurs. 	<p>♪ <u>Pour la PTA Nord-Cotentin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♪ Les médecins référents du secteur de Cherbourg et Les Pieux. ♪ Les trois coordinateurs PTA.* ♪ La pilote et l'une des gestionnaires de cas de la MAIA du Cotentin.

Tableau 1.

*(+ visites à domicile et assistance à quelques réunions avec les coordinateurs, pour me permettre de mieux visualiser les missions de la PTA).

II- Contexte

1- Contexte socio-géographique :

L'article 158 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a enjoint les ARS de mettre en place des territoires de démocratie sanitaire qui engloberaient l'ensemble du territoire français ; le but était de « renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS » (titre IV, chapitre premier de la loi de 2016)(2). Au niveau de l'ancienne Basse-Normandie on compte trois territoires de démocratie sanitaire ; leur délimitation est calquée sur les départements de l'Orne, du Calvados et de la Manche.

La Manche est un département comptant à peu près 498 000 habitants, pour une superficie de 5950 km², soit une densité d'environ 83 habitants au km². Par comparaison, le Calvados compte 693 000 habitants, et enregistre une densité de population de 125 habitants au km² en 2016 avec un territoire de 5534 km². La France est un territoire de 632 734 km², et compte environ 66 362 000 habitants, soit une densité de population de 105 habitants au km² (données Insee 2016)(3).

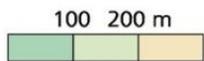
Ces données ne permettent pas de donner un parfait aperçu de la répartition de population, mais l'on voit déjà que la Manche est en moyenne moins peuplée qu'au niveau national. Si l'on s'approche un peu, on constate qu'au sein de la Manche la répartition est aussi très inégale, puisque Cherbourg-en-Cotentin compte 80 000 habitants, soit 16 % de la population du département répartie sur 1 % de sa superficie, avec 1168 habitants au km²(4).

Les atouts de la zone de Cherbourg-en-Cotentin sont l'industrie nucléaire et le port de Cherbourg. À Saint-Lô se trouvent le Conseil Départemental et la préfecture ; la ville compte 23 000 habitants. Coutances est le siège du diocèse et du tribunal de grande instance ; Elle compte 8600 habitants. Avranches en compte 10 000 ; cette ville est le carrefour Normandie/Bretagne. Elle est voisine du Mont-Saint-Michel, richesse historique, touristique et économique du département.

La Manche est très rurale, avec la moitié de la population vivant en campagne, contre 20 % au niveau national. La population est en légère baisse, et plutôt vieillissante. La population jeune a tendance à quitter le département pour la formation puis pour l'emploi(5).



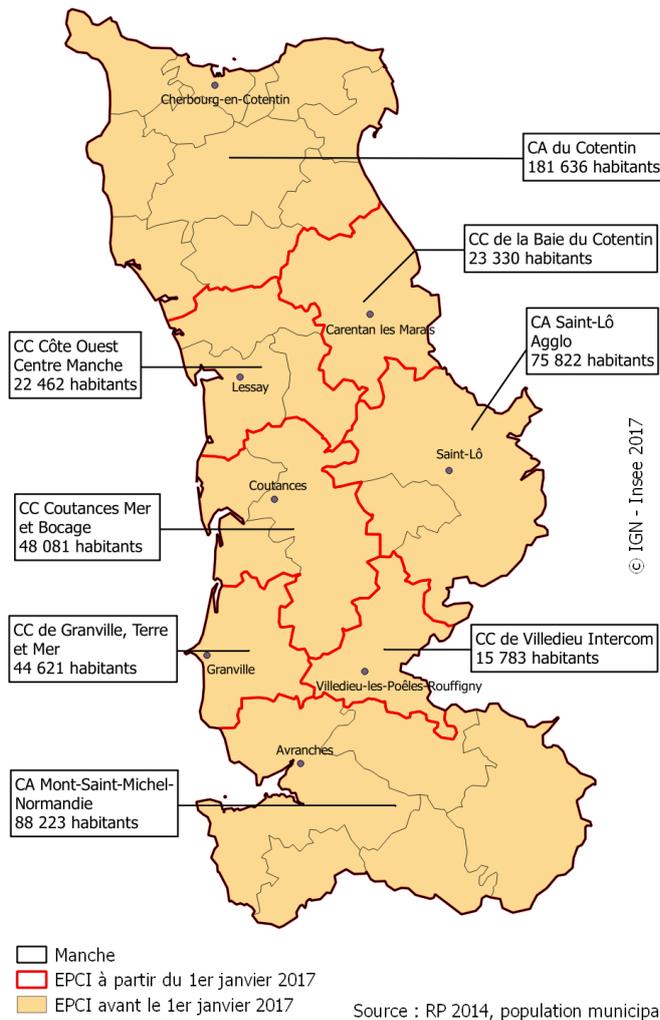
Manche



- | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------|
| ○ plus de 20 000 h. | ● ch.-l. d'arrondissement | — autoroute |
| ○ de 5 000 à 20 000 h. | ● ch.-l. de canton | — route |
| ○ de 2 000 à 5 000 h. | ● commune | — voie ferrée |
| ○ moins de 2 000 h. | ○ autre localité | |

Figure 1 :
Carte de la Manche.

Le département est administrativement découpé en trois zones, le Nord-Cotentin, le Centre-Manche, et le Sud-Manche. Jusqu'au 31 décembre 2015, le département de la Manche était couvert par 27 Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre. La loi " NOTRe " (pour Nouvelle Organisation Territoriale de la République) porte la taille minimale des EPCI à 15 000 habitants. La découpe s'est donc simplifiée au sein de ces trois zones avec de nombreux regroupements pour aboutir à trois communautés d'agglomération (qui par définition comprennent plus de 50 000 habitants) et cinq communautés de communes (données Insee 2017)(6) :



La Communauté d'Agglomération (CA) du Cotentin correspond au Nord-Cotentin.

Les Communautés de Communes (CC) de la Baie du Cotentin, Côte Ouest et Coutances Mer et Bocage, et la CA de Saint-Lô Agglo constituent le Centre-Manche.

Les CC de Granville Terre et Mer et Villedieu Intercom, et la CA Mont-Saint-Michel-Normandie constituent le Sud-Manche.

Figure 2 : La nouvelle géographie communale et intercommunale de la Manche, Insee 2017.

Ces découpes ont été faites au détriment du sens historique : le Cotentin se trouve scindé en deux, le Nord-Cotentin incluant les deux-tiers nord, et le virtuel « Sud-Cotentin » se trouvant dans le Centre-Manche. Mais administrativement le Cotentin aurait été une entité trop grande et donc trop difficile à gérer. L'actuelle découpe permet d'obtenir des entités cohérentes, notamment en matière de santé, et de réfléchir plus aisément aux décisions à prendre.

« Le Cotentin »(7) :

Plusieurs notions sont comprises dans cette appellation, qui peut porter à confusion :

1- La notion géographique : la presqu'île du Cotentin était séparée du reste du département par les marais de la Douve (actuel Parc naturel régional des Marais du Cotentin et du Bessin). Une mince bande de terre dans les dunes de Lessay la reliait au continent. La construction des portes à flot il y a quelques siècles a permis de limiter les entrées d'eau dans les terres (ces portes s'ouvrent et se ferment par la force de l'eau, selon le sens des marées). Aujourd'hui la presqu'île n'est plus qu'une péninsule.

2- La notion historique : au cours des siècles le Cotentin a pris différentes formes. Initialement, il désignait le pays de Coutances, chef-lieu du diocèse. Plus tard, on désigna par « Cotentin » la partie s'étendant au nord de Coutances, limitée par la mer au nord, à l'ouest et à l'est ; au sud, il était limité par la baie des Veys, les fleuves de la Douve (ou l'Ouve) et la Scye. L'Avranchin constituait la partie Sud de la Manche.

3- La notion administrative : L'appellation « Cotentin » n'a pas une correspondance administrative exacte. On désigne par Nord-Cotentin la Communauté Administrative du Cotentin, qui s'étend sur la presqu'île du Cotentin. Il n'y a pas de corollaire au sud (pas de « Sud-Cotentin »). Cette zone n'inclut pas Coutances ni le sud historique du Cotentin.

Tableau 2.

2- Qu'est-ce qu'une Plateforme Territoriale d'Appui ?

Les Plateformes Territoriales d'Appui sont des structures existant depuis 2016 suite à l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé(8), pour répondre au mieux aux besoins de la population dans son ensemble en apportant un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie. Le but d'une Plateforme est de libérer du temps médical au médecin généraliste en l'aidant à organiser le parcours de soins de son patient, en prenant en compte toutes ses dimensions, médicale, financière, sociale, familiale... Pour ce faire, des équipes de coordinateurs sont formées, territoire par territoire, pour répondre au mieux à cette demande. À terme, cet investissement devrait permettre de faire des économies en limitant les hospitalisations évitables et en prévenant des passages aux urgences itératifs.

La loi a donc enjoint les ARS de financer des projets de PTA, via les professionnels de santé d'une équipe de soins primaires ou d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), avec recrutement de professionnels du domaine social et médico-social. Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) ont été des interlocuteurs cruciaux pour la mise en place de nombreuses PTA. Suite aux réponses à l'appel à projets ont été établies des conventions entre l'ARS et les PTA, « définissant les missions, les engagements et les apports des différents signataires » (article L6327-2 de la loi de modernisation du système de santé). Pour être pertinentes, les réponses à l'appel à projet devaient être personnalisées selon leur territoire de provenance. Les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) avaient déjà fait un travail de diagnostic territorial, sur lequel se sont appuyées les équipes pour écrire le projet.

Chaque année, la PTA doit émettre un rapport d'activités permettant à l'ARS de juger de l'utilité de la structure sur le territoire, et de la bonne utilisation des financements accordés.

Il est important de noter que la notion de « situation complexe » dont on parle dans l'article 74 est ici prise dans son sens subjectif (et donc dans son sens large). Ainsi, aucune personne présentant une demande à l'équipe PTA ne peut se voir opposer un refus de prise en charge. Dès l'instant qu'une situation est jugée complexe par le médecin traitant, elle peut être adressée à la PTA. Pour un fonctionnement harmonieux de la structure, il est requis que la demande soit faite en concertation avec le médecin traitant si elle ne vient pas de lui. Il est requis également que le patient soit prévenu et en accord avec l'inclusion dans le processus.

Les trois missions assignées par la loi aux équipes des différentes plateformes sont les suivantes :

a) Première mission : communication avec les pairs.

Informers, conseiller et orienter les professionnels, les patients et leur entourage vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. Ceci nécessite une bonne connaissance du territoire et des ressources disponibles, et demande aux équipes de rencontrer les acteurs sur le terrain pour une communication la meilleure possible par la suite. Ces missions sont donc essentiellement résolues par téléphone ; en revanche elles sous-entendent une « formation continue » et une mise à jour permanente, pour que les coordinateurs connaissent l'existence et le fonctionnement des structures en place et de celles qui voient le jour.

b) Deuxième mission : accompagnement de parcours.

Soutenir l'organisation des parcours de santé complexes pour favoriser la meilleure qualité de vie possible, que cela passe par un maintien à domicile, la lutte contre l'addiction, contre l'obésité...

Cela sous-entend de coordonner le repérage et l'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient pris en charge. En effet les acteurs impliqués dans la coordination sont très nombreux, ce qui est bien sûr un atout, mais il peut être très difficile de s'y retrouver au milieu de cette abondance de sigles. Pour citer quelques structures :

Autonomie/handicap :

- ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail,
- MDA : Maison Départementale de l'Autonomie,
- RSVA : Réseau de Services pour une Vie d'Autonomie,

Personnes âgées/dépendantes :

- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural,
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes,
- HAD : Hospitalisation À Domicile,
- MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie,
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile,
- SSR : Soins de Suite et Réadaptation,
- Una de la Manche,

Pédiatrie :

- Maison des Ados,
- Normandie Pédiatrie (qui s'appelait récemment Normandys),
- PMI : Protection Maternelle et Infantile,

- RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique,

Psychiatrie :

- CMS : Centre Médico-Social,
- Fondation Bon Sauveur,

Difficultés sur le plan social :

- CAF : Caisse d'Allocations Familiales,
- CCAS : Caisse Centre d'Activités Sociales,
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail,
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination,
- France Terre d'Asile,
- PASS : Passerelle d'Accès aux Soins et à la Santé,

La liste est loin d'être exhaustive, et d'autres structures intéressantes et parfois innovantes font régulièrement leur apparition. Il serait bien difficile pour les médecins traitants de connaître cette liste. La PTA sert donc de relais et d'accès unique à toutes ces structures.

Cette deuxième mission sous-entend également d'accompagner les professionnels de santé dans la coordination et le suivi des interventions autour du patient (tout en restant le plus autonome et discret possible pour ne pas augmenter la charge de travail du médecin traitant), et d'appuyer la planification et le suivi des interventions autour du patient (entrée ou sortie d'hospitalisation par exemple). La fonction de coordinateur PTA demande une formation au fur et à mesure, avec amélioration constante des compétences, entretenue par le travail sur le terrain.

c) Troisième mission : soutenir les pratiques et les initiatives.

Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Cette mission consiste par exemple à diffuser des protocoles de bonne pratique, à organiser des réunions permettant des retours d'expérience...

Le système PTA étant nouveau et s'ajoutant à un large panel de structures de coordination et d'aide à la personne, il peut s'avérer difficile d'expliquer précisément en quoi consiste une Plateforme. Pour ce faire, les effecteurs de terrain et les médecins opérateurs peuvent utiliser des exemples ; dans ce sens la PTA Nord-Cotentin a axé ses actions selon quatre points, à savoir : famille, grand âge, handicap et précarité. Ces axes permettent de donner aux personnes extérieures au système une idée de ce qui s'y fait.

Ce que n'est pas la PTA : un substitut.

La PTA est une structure d'APPUI aux acteurs de terrain. S'il n'y a pas de base, s'il n'y a pas d'acteurs de terrain, il ne peut y avoir d'appui. Donc si au sortir d'une hospitalisation il n'y a pas de relais venant de la famille, ou s'il n'y a pas de médecin traitant, il ne peut y avoir d'appui. Par exemple, s'il y a besoin de visite à domicile pour un patient sans médecin traitant, la PTA n'a aucun pouvoir. Et lorsque le patient a un médecin traitant, son rôle n'est pas du tout de se substituer à lui. Ce qu'elle doit apporter, ce n'est pas un regard d'expertise. Les médecins traitants sont censés avoir ce regard d'expertise sur leurs patients. Les coordinateurs PTA sont présents pour faciliter les démarches du médecin traitant pour son patient.

En revanche, ces médecins peuvent avoir besoin d'aide pour une situation vraiment complexe, comme par exemple le placement urgent d'une personne âgée en EHPAD. En effet, pour un accompagnement de qualité, si le médecin traitant sait comment faire, cela lui coûtera beaucoup de temps. La PTA permet de simplifier grandement le parcours : sur un simple coup de fil, l'effecteur PTA va soit chercher la réponse la plus appropriée, soit connaître d'emblée la solution. Le système PTA n'est donc en aucun cas une main-mise sur le patient ; les effecteurs PTA connaissent beaucoup mieux que les médecins traitants les réseaux d'aides déjà en place, d'où leur expertise. Une PTA n'est pas une strate de plus au milieu des nombreuses structures déjà en place. Elle n'a pas du tout le même rôle qu'aucune des structures sus-citées ; elle est simplement un levier permettant de détecter l'aide la plus pertinente, et une fois cette aide sélectionnée un facilitateur pour accéder plus rapidement au service.

3- L'appel à projets – Constitution de l'opérateur :

Suite à l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, a été lancé par les différentes Agences Régionales de Santé un appel à projets pour la création de plateformes territoriales d'appui à la coordination des soins (6 avril 2017). Cet article 74 a été complété par le décret 2016-919 du 4 juillet 2016, au chapitre VII du Code de Santé Publique(9).

L'enjeu était le financement proposé par l'ARS. Si le dossier satisfaisait l'appel à projets, l'ARS finançait la mise en place voire, après réévaluation annuelle, la pérennisation de la PTA, selon le rapport d'activités rendu par la PTA. Ce financement est accordé après signature d'un contrat annuel, le Fonds d'Intervention Régional (FIR), qui finance différentes actions et expérimentations validées par les ARS en matière de santé, et notamment dans le domaine de la coordination).

Côté Nord-Cotentin et Sud-Manche des réponses ont été données, mais pas pour une PTA unique, à échelle départementale : la structure aurait été beaucoup trop grande, selon les opérateurs des deux actuelles PTA. Le mot d'ordre d'une Plateforme Territoriale d'Appui étant la communication, il fallait des structures à taille humaine, où les coordinateurs puissent évoluer aisément. C'est donc à échelle infra-départementale que se sont développées les PTA de la Manche, excluant le Centre-Manche. L'ARS a respecté le souhait des Plateformes du Nord-Cotentin et du Sud-Manche ; en effet l'extension de ces PTA modifierait profondément leur organisation. Celles-ci ne fonctionnent pas du tout de la même façon, les structures déjà en place et les idées sous-jacentes n'étant pas du tout les mêmes. Les PTA sont plus opérationnelles justement parce qu'elles sont proportionnées au terrain, mais également parce qu'elles ne demandent pas plus de temps aux médecins qui les président.

Du côté du Sud-Manche comme du Nord-Cotentin, les médecins coordinateurs considèrent leur fonction comme un service aux collègues et un service aux patients. Mais cette fonction n'est pas recherchée pour elle-même, car elle demande beaucoup de temps et d'énergie. Une répartition des tâches aux autres médecins des secteurs concernés va progressivement s'établir des deux côtés.

Si les missions sont les mêmes pour les deux PTA, leur organisation est très différente :

	Sud-Manche	Nord-Cotentin
	Appel à projets le 6 avril 2017	
Dates	Mai 2017 : dossier de candidature envoyé à l'ARS, validé en octobre 2017. 15 décembre 2017 : lancement de la PTA. Avril 2018 : diffusion de l'information auprès des pairs.	Juin 2017 : création de la PTA Nord-Cotentin. Dans les mois qui suivirent : poursuite de l'expérimentation cas-complexes ; diffusion de l'information auprès des pairs. Avril 2018 : lancement de la PTA.
Modalités	Aide et complémentarité avec le GHT Sud-Manche, au sein duquel plusieurs médecins généralistes avaient déjà un travail important de coordination.	Soutien de l'URML pour l'expérimentation cas-complexes réalisée sur le PSLA des Pieux, qui a généré la PTA Nord-Cotentin.

Tableau 3.

PTA Sud-Manche :

En lisant l'appel à projets, l'actuel président de la PTA Sud-Manche a remarqué énormément de points similaires entre ce qui était demandé et ce qui était déjà fait sur Villedieu et Saint-James. Les fonctions de coordinateurs de pôle et d'EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) étaient déjà présentes sur le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), avec des médecins bien investis dans la coordination sur les sites de Granville, Villedieu-les-Poêles, et Saint-James. Au travers de la PTA, ces fonctions de coordinations pourraient être mieux connues, et par conséquent pourraient rayonner sur tout le territoire du Sud-Manche.

♪ L'un des médecins du Pôle de Villedieu et un autre sur le Pôle de Saint-James étaient déjà coordinateurs de leur pôle, coordinateurs d'EHPAD, coordinateurs du SSR de leur lieu d'exercice ; ils travaillaient déjà en coordination avec les infirmières du secteur.

♪ Deux autres médecins généralistes sur Villedieu les Poêles étaient déjà également coordinateurs d'EHPAD. Il était donc intéressant que ces médecins s'organisent pour monter une Plateforme.

♪ Le fait de recruter un médecin généraliste installé sur Granville, Professeur associé à l'université de Caen et coordinateur d'EHPAD à Granville, permettait de boucler la boucle par des missions transversales, et une vision d'ensemble du territoire.

♪ Enfin il faudrait recruter du personnel pour monter un secrétariat, et un appui à la coordination par des coordinateurs qui ne seraient pas médecins.

« Notre PTA était déjà fonctionnelle avant d'être écrite, c'était l'impression que cela donnait en lisant la demande de l'ARS, il n'y avait rien à modifier. L'appel à projets est fait pour nous vu qu'on faisait déjà le travail » (responsable PTA Sud-Manche).

Le dossier de candidature a donc été déposé en mai 2017, et validé par l'ARS en octobre. En décembre 2017 tous les intervenants de la PTA se sont réunis pour mettre au point toutes les modalités liées à sa création, sa mise en place, son fonctionnement..., et la PTA est officiellement lancée le 15 décembre 2017.

Sur les pôles de santé il y avait déjà des staffs avec le personnel infirmier, et en tant que coordinateurs les médecins avaient également des staffs d'admission pour gérer les urgences ; enfin ils assistaient à des staffs au niveau des SSR (services de Soins de Suite et Réadaptation) de Villedieu-les-Poêles et Saint-James, avec les assistantes sociales de l'hôpital et des libéraux le cas échéant, pour des retours à domicile.

Donc finalement il n'y a pas eu d'expérimentation à proprement parler, mais le système était déjà en place sans porter le nom de PTA. Le travail d'écriture et de description a été réalisé dans la réponse à l'appel à projets, et le financement est arrivé une fois le projet validé par l'ARS.

Le temps dédié à la coordination PTA n'est pas quelque chose d'ajouté à l'emploi du temps des médecins coordinateurs ; rien n'a changé dans leur organisation. Comme avant, ils sont disponibles toute la journée au téléphone s'il y a besoin d'un appui à la coordination. Un nom a été donné au système, et un financement a été accordé à ceux qui géraient déjà ce système. Il n'y a donc pas eu besoin de recourir à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) pour mettre en place cette PTA.

Quid des GHT ?

Suite à l'article 107 de la loi de modernisation du système de santé(10), ont été créés par les ARS les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les GHT n'étaient pas optionnels, et ont été mis en place par les ARS elles-mêmes. Dès juillet 2016, 136 GHT ont été constitués pour favoriser le travail en réseau des hôpitaux français (environ 850). Ils font suite aux Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), promues à partir de 2012 par les ARS, suite à la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST, ou loi Bachelot) de 2009. On en compte onze en Normandie, dont trois dans la Manche(11) :

- le GHT gériatrique du Cotentin,
comprenant le Centre Hospitalier Public du Cotentin (ou CHPC,
incluant les centres hospitaliers de Cherbourg et de Valognes),
les EHPAD de Sainte-Mère-Église et de Carquebut ;

- le GHT Centre-Manche, comprenant
les Centres Hospitaliers (CH) de Carentan, Coutances et Saint-Lô ;

- le GHT Mont-Saint-Michel (Sud-Manche),
créé en 2012, comprenant le Centre Hospitalier d'Avranches-Granville (CHAG),
l'hôpital local de Mortain, le CH de Saint-Hilaire-du-Harcouët,
l'hôpital local de Villedieu-les-Poêles, l'hôpital de Saint-James,
le CH de l'Estran à Pontorson, et le Centre d'accueil
et de soins de Saint-Maur à Saint-James.

Certains territoires de GHT ont été calqués sur le territoire départemental ; pour la Manche cela n'aurait pas été pertinent, Cherbourg étant trop décentré pour qu'un égal accès aux soins soit réalisable pour tous. La découpe s'est faite en trois et pas en deux comme prévu initialement, sur des constats historiques.

Tableau 4.

PTA Nord-Cotentin :

C'est l'URML qui a fait appel à plusieurs médecins généralistes pour lancer le projet. Les actuels président et vice-président de la PTA ont été contactés parce qu'ils connaissaient bien les confrères de leur secteur et avaient montré des facilités de communication, que ce soit via des fonctions à la faculté de Médecine de Caen, via des groupes qualité... Le président et le vice-président de la PTA sont tous les deux référents d'un secteur. Un troisième médecin référent de secteur a également été recruté : installé depuis de nombreuses années sur Valognes, il connaît très bien son secteur, sa population et ses besoins. Ceci a permis de mailler le territoire plutôt que de le centraliser, et ainsi de faciliter la communication entre pairs. Plusieurs médecins autres que les médecins référents de secteur ont été recrutés. Ce point a un intérêt pour l'avenir, car si besoin était, cela permettrait aux référents de progressivement quitter leur fonction d'opérateur PTA sans que cela gêne le fonctionnement de la structure.

La PTA Nord-Cotentin est née du principe qu'elle était indispensable pour le patient et fort utile pour l'entourage du patient (famille, médecin traitant, aides médico-sociales). Ce principe découle du constat qu'il n'est pas possible de financer un poste de coordinateur à temps plein pour chaque pôle, même si ce poste est très utile.

Le fonctionnement d'un pôle en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) permet certes un financement de ce poste, mais les Pôles ne fonctionnent pas tous en SISA, et le financement d'un coordinateur prendrait déjà une grosse partie de l'enveloppe, qui dès lors ne peut pas être attribuée à d'autres projets. Le poste de coordinateur ne pourrait donc pas être universalisé à la mesure de son utilité, sans un projet et un financement spécialement dédiés à la question.

L'idée de l'URML était donc de mutualiser ce poste de coordinateur en montant ce qui allait porter le nom de Plateforme Territoriale d'Appui, qui comprendrait plusieurs coordinateurs de terrain. L'action a débuté au PSLA des Pieux, avec l'expérimentation cas-complexes montée à peu près en même temps que la création du Pôle.

Concrètement, il est difficile de dissocier les deux notions de PTA et de Pôle-Santé.

Le fait que la loi de modernisation du système de santé ait demandé la création de PTA permet l'apport financier attendu. En effet, sans cette loi les projets auraient quand même vu le jour, comme on l'a vu en 2015 avec l'expérimentation cas-complexes. Mais l'ARS n'aurait probablement pas pu financer tous les projets pris un à un. Le fait que le Ministère de la Santé se soit intéressé à la chose permet des financements de l'État à l'ARS, puis de l'ARS aux PTA.

Pour l'URML et les médecins référents il était également important de monter une PTA en termes d'attractivité médicale : du fait que la PTA simplifie le « parcours-santé » du patient, elle pourrait permettre aux médecins généralistes de ne pas craindre de s'installer dans un « désert médical » où ils seraient extrêmement isolés.

Les premières réunions URML concernant les PTA ont eu lieu en juillet 2017, avec le même mois la création de l'association 1901 « PTA Cotentin » (la PTA Sud-Manche est également une association loi 1901). Les coordinateurs du secteur de Valognes et de Cherbourg ont réellement débuté leur activité en avril 2018. La coordinatrice du secteur des Pieux avait déjà commencé, du fait de l'expérimentation cas-complexes.

L'URML souhaitait que la PTA soit en permanence un bon détecteur des situations complexes, ce qui passe entre autres par de nombreuses visites à domicile des coordinateurs PTA, qui seraient donc répartis secteur par secteur.

Quid de L'URML ?

Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) : pour toutes les professions libérales.

Les URPS ML sont dédiées aux Médecins Libéraux.

En Normandie, l'URML compte 5000 médecins libéraux, dont 3000 médecins généralistes. Elle permet de garantir l'offre de soins. Elle est en lien constant avec l'ARS.

L'Assemblée Générale de l'URML comprend quarante membres.

Son bureau comprend :

- un président : Antoine Leveneur (médecin généraliste à Caen).
- dix salariés : quatre chefs de projets : un pour télé-médecine et système informatique, deux pour l'offre de soins ambulatoires, un pour l'offre de soins hospitalière ; trois salariés pour la gestion des ressources humaines, un pour la continuité des soins, un pour la permanence des soins, un pour les groupes qualité.
- deux assistantes administratives et un comptable ressources humaines et administratif.

L'URML a lancé trois expérimentations dans le Calvados et la Manche (expérimentation cas complexes avec Corine Gervais au PSLA des Pieux) avant le lancement des PTA, ayant duré trois ans. Elle a accompagné plus de la moitié des projets PTA en Normandie.

Sur ces territoires existait déjà la politique PSLA, label normand qui garantit des critères plus poussés que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

L'URML aide les PTA à se faire connaître, notamment via son site internet (on y trouve une page dédiée à chaque PTA qui le souhaite).

Tableau 5.

4- Ce qui existait déjà :

Dans le Nord-Cotentin, différentes expérimentations avaient déjà été proposées, l'une d'elles ayant périclité et la seconde ayant naturellement donné suite à la PTA Nord-Cotentin :

1) La première, sur la zone de Cherbourg, de décembre 2013 à février 2015 : l'ARS avait missionné l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche (ADSEAM) pour un appui à la coordination des cas complexes. Une infirmière recevait les appels et établissait un plan personnalisé de soins (PPS) après avoir évalué le contexte, les besoins et les possibilités autour du patient en difficulté médico-psycho-sociale. Bien qu'il y eût de la demande cette action n'a pas eu de suites, parce que le travail de communication auprès des médecins généralistes n'a pas été effectué. L'infirmière coordinatrice n'a donc pas été sollicitée. Il manquait notamment un soutien par les médecins généralistes pour lancer le projet (l'action était certes soutenue par l'Union Régionale des Médecins Libéraux, mais il n'y avait pas de relais auprès de médecins traitants sur le territoire).

2) La deuxième, sur le secteur des Pieux : de septembre 2015 à décembre 2017 eut lieu l'expérimentation cas-complexes au niveau du Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire des Pieux, toujours avec l'appui de l'ARS et de l'URML. La coordinatrice du Pôle s'est donc vu attribuer en plus la charge de coordinatrice autour des cas complexes qui lui seraient présentés. Cette expérimentation a

d'une part confirmé les besoins, mais a également permis de mettre en place la façon efficace de faire connaître et d'optimiser le système. La coordinatrice du PSLA des Pieux avait déjà travaillé dans le domaine social mais aussi en tant que secrétaire médicale puis chargée qualité au Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC), ce qui lui avait permis de bien connaître les structures en place et les différents intervenants. L'URML l'a accompagnée pour la constitution de la PTA, que ce soit pour trouver des membres pertinents à l'association, apprendre comment bien expliquer ce qu'est une PTA, pour identifier les moyens, pour la planification des différents événements liés à sa mise en place...

Au niveau du Sud-Manche, de telles expérimentations n'ont pas été lancées. En revanche, les cinq médecins de la PTA étaient déjà coordinateurs d'EHPAD ; deux d'entre eux étaient à la fois coordinateurs de Pôle et présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME). Ces fonctions permettent de bien connaître le secteur avec les possibilités qui s'offrent aux médecins et aux patients.

III- Résultats

1- Délimitation du terrain pour chaque PTA :

Le Sud-Manche inclut la Communauté d'Agglomérations Mont-Saint-Michel Normandie (Avranches, Mont-Saint-Michel, Val de Sée, Mortanais, Saint-Hilaire, Saint-James), et les Communautés de Communes de Villedieu Intercom et Granville Terre et Mer. Ce territoire compte environ 148 000 personnes, réparties sur 156 communes, pour une superficie de 2131 km².

La PTA Sud-Manche se calque sur le terrain couvert par le GHT Mont-Saint-Michel. C'était une volonté de la part des opérateurs de la PTA concernée. En effet, les opérateurs PTA avaient déjà beaucoup de lien avec les chefs de pôle du GHT, de par leurs fonctions antérieures, et ils souhaitent garder cette cohérence, qui serait une force pour la PTA et permettrait un appui bien réel du fait de la connaissance du terrain par les opérateurs.

Le territoire couvert par la MAIA Sud-Manche n'inclut pas la l'ancienne CC du canton de Percy ; c'est la MAIA Centre-Manche qui s'occupe de ce secteur. Hormis cette différence, les secteurs de la PTA, le GHT et la MAIA Sud-Manche sont superposables.

En ce qui concerne le Nord-Cotentin, sa délimitation a été faite il y a quelques années lors de la fondation de la Communauté d'Agglomération du Cotentin (CAC). Née en 2017 suite à la réorganisation nationale des régions, elle s'étend sur 1400 km², et regroupe les 182 000 habitants des anciennes communautés de communes Cœur de Cotentin, Région de Montebourg, Vallée de l'Ouve, Côte des Isles, Douve et Divette, Saire, Saint-Pierre-Église, Val de Saire, et les deux communes nouvelles : la Hague et Cherbourg-en-Cotentin.

Historiquement Carentan faisait partie du Cotentin, mais des partenariats ont été faits avec le Centre-Manche, notamment au niveau des hôpitaux de Carentan et de Saint-Lô/Coutances (qui font maintenant partie du même GHT) ; Carentan a donc refusé de faire partie de la CAC. Le secteur de la PTA du Nord-Cotentin est calqué sur la CAC. En revanche il n'est pas complètement calqué sur celui

couvert par le GHT gériatrique du Cotentin, qui comprend notamment les EHPAD de Carquebut et de Sainte-Mère-Église (qui font partie des 23 communes de la CC de la Baie du Cotentin), mais sur la CAC.

Entre le Nord-Cotentin et le Sud-Manche se trouve donc le Centre-Manche, couvert par le GHT du même nom. Le Centre-Manche compte environ 188 000 habitants. Il ne porte pas de structure PTA.

2- Composition des équipes :

La loi préconisait que les projets de Plateformes soient montés par des professionnels de santé, et si possible des membres d'Équipes de Soins Primaires (ESP) ou de Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces acteurs devaient ensuite définir l'opérateur et les composantes de leur Plateforme.

Que ce soit au niveau de l'ARS ou au niveau de l'URML, il n'y avait pas du tout d'exigence par rapport à la fonction des membres de l'équipe PTA, tant que la PTA remplissait bien son rôle.

Pour l'opérateur des deux PTA de la Manche, le point fondamental à respecter était que les coordinateurs aient une connaissance la plus parfaite possible du terrain et des structures qui s'y trouvent, afin d'apporter les réponses les plus rapides et adéquates au problème posé par le patient. Le recrutement des composantes s'est donc fait en fonction de ce point-là. Pour qu'il y ait cette bonne connaissance, il fallait que le secteur attribué à chaque coordinateur ne soit pas trop grand.

Du côté du Sud-Manche :

♪ Secrétariat :

La première secrétaire de la PTA travaillait déjà dans l'hôpital de Villedieu ; elle connaissait donc les lieux et les médecins de la PTA travaillant sur le site. La quantité de travail a rapidement augmenté suite à l'essor de la PTA ; une deuxième secrétaire a donc été recrutée quelques mois après. Les deux secrétaires travaillent à 50 % pour la PTA et 50 % pour l'hôpital de Villedieu. L'accueil téléphonique pour la PTA se fait quatre jours sur cinq. Les secrétaires se partagent le travail, l'une s'occupant plus du versant coordination et l'autre du versant administratif.

♪ Coordination :

- L'infirmière coordinatrice PTA travaillait déjà dans le Pôle de Santé de Saint-James, en tant qu'infirmière libérale. Elle connaissait donc déjà bien le secteur. Les infirmières libérales étant une petite dizaine là-bas, elle s'est mise d'accord avec ses collègues pour diminuer son temps de travail infirmier au profit de la coordination PTA. La charge de travail des collègues est donc un peu majorée, et l'infirmière coordinatrice prend environ le quart de son temps plein pour la PTA (20% de façon officielle, mais on ne peut compter exactement les heures attribuées à la PTA et les heures de travail en libéral, son travail PTA étant saupoudré sur son travail d'infirmière libérale). Elle a suivi la formation PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe)*.

- L'infirmier coordinateur PTA travaille en tant qu'infirmier à l'EHPAD Saint-Gabriel de Granville. Avant la création de la PTA il était infirmier coordinateur de cet EHPAD, et avait déjà des contacts avec les médecins coordinateurs du secteur. C'est par ce biais que les médecins coordinateurs lui ont proposé la fonction de coordinateur PTA. Celui-ci a du temps dégagé spécialement pour la PTA (20%).

- L'embauche d'une **assistante sociale** à temps plein est prévue, elle fera probablement partie de l'équipe début 2020.

- **Le GHT** fait partie des composantes de la PTA Sud-Manche, en tant que comptable, notamment pour les salaires, mais également en matière de coordination, du fait des recours aux spécialistes si besoin d'un avis ou d'une hospitalisation rapide.

- Quant aux **médecins**, ils constituent l'opérateur de la PTA, mais font également partie des composantes, et sont coordinateurs à 20 % d'ETP officiellement. En tant que coordinateurs PTA, ils organisent des entrées directes sur les SSR et les EHPAD selon les besoins ; ils peuvent également contacter les confrères pour voir par exemple s'il est pertinent ou pas de mettre en place une HAD pour tel patient, un SSIAD pour tel autre patient... La possibilité d'hospitalisation rapide en SSR ou d'entrée en EHPAD en urgence est vraiment le point fort de la PTA Sud-Manche.

Tableau 6.

* Formation PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe) : Diplôme d'Établissement mis en place en 2016, par l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP), en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et en lien avec la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et les Agences Régionales de Santé (ARS), cette formation est spécifique à la fonction de coordinateur en établissement de soins primaires.

Pour le Nord-Cotentin :

Les médecins PTA cherchaient des profils ayant une bonne connaissance du milieu social voire médico-social, motivés pour la gestion de projets, la création d'une nouvelle activité... Ils souhaitaient une grande autonomie des coordinateurs, mais également un bon relationnel et des facilités de communication avec les pairs et avec les patients. Il n'y avait pas de compétence médicale requise, l'un des points importants de la PTA Nord-Cotentin étant de laisser les médecins généralistes maîtres de la situation. L'opérateur de la PTA n'a aucunement la fonction de coordinateur, mais plus de « gestion d'équipe » et de diffusion de l'information auprès des pairs (information de l'existence de la PTA et de son fonctionnement).

- Secteur des Pieux :

♪ **La première coordinatrice** recrutée a un parcours hétéroclite. Elle a été notamment secrétaire médicale puis chargée qualité au CHPC. Ensuite elle a participé à la création du PSLA des Pieux et y travaille en tant que coordinatrice du Pôle (à 75%). Son recrutement en tant que coordinatrice PTA a coulé de source, puisque elle s'était vu attribuer l'expérimentation cas-complexes en lien avec la création du PSLA des Pieux.

♪ **Une deuxième coordinatrice** a été recrutée fin 2019, pour gérer exclusivement les missions 2. Elle a reçu la formation d'éducatrice spécialisée, et a travaillé en tant que telle sur Valognes et Cherbourg. Elle connaît particulièrement le domaine du handicap.

- **Secteur de Valognes** : Le coordinateur de ce secteur a également un parcours hétéroclite. Il n'a travaillé que dans le secteur social. Il connaissait bien le secteur de Valognes, pour y avoir vécu. Il travaille également en tant que coordinateur du futur PSLA de Valognes (50 % d'ETP). Il participe à la création de ce Pôle.

- **Secteur de Cherbourg** : La coordinatrice de ce secteur a eu 10 ans d'expérience en insertion professionnelle à la Maison de l'Emploi et de la Formation (MEF), ce qui lui garantissait une très bonne connaissance du secteur de Cherbourg et des problèmes qui s'y trouvent.

Les coordinateurs PTA (hormis la dernière arrivée) ont obtenu leur Master 1 Diagnostic et Management des Organisations, et Master 2 de Management des Organisations Sociales (gestion administrative, comptabilité...). Ils ont également réalisé la formation PACTE*.

L'équipe de coordinateurs se répartit les tâches annexes, liées à la technique, à l'informatique, à la comptabilité, à l'établissement du budget prévisionnel...

Recrutement d'une assistante sociale en septembre 2019 :

L'assistante sociale est connue du CHPC pour y avoir travaillé, et d'autres secteurs, notamment le secteur psychiatrie (CMP de Valognes, addictologie à la Glacière...), ce qui lui apporte une bonne connaissance des interlocuteurs sur ce territoire. Elle a contacté les collègues qu'elle cotoyait auparavant pour leur présenter sa nouvelle fonction, à savoir être un soutien pour les coordinateurs. L'assistante sociale permet de lancer les démarches avant de passer le relais ensuite. Ce sont les coordinateurs PTA qui la sollicitent en fonction de leurs besoins, ce qui permet de toujours garder un lien simple entre le médecin et son patient.

Tableau 7.

3- Faire connaître la PTA – connaître les structures d'aides au patient :

Quoi qu'il en soit, ces fonctions de coordinateur étant assez spécifiques, il fallait que chaque coordinateur se forme sur le terrain, c'est-à-dire aille découvrir les nombreuses structures déjà en place, d'une part pour les connaître et obtenir des interlocuteurs directs et des numéros de portable identifiés, d'autre part pour se faire connaître et expliquer de façon bien détaillée le fonctionnement de la PTA. Ceci a pris beaucoup de temps et d'énergie mais est garant d'une grande réactivité.

PTA Sud-Manche :

Les médecins PTA ont fait connaissance avec les secteurs qui ne leur étaient pas familiers (Les infirmiers coordinateurs ont eu eux aussi ce travail de repérage des différentes structures). Par exemple ils ont rencontré le Centre Médico-Psychologique (CMP), pour pouvoir traiter la partie pédiatrie notamment, le Centre Hospitalier de l'Estran pour la partie psychiatrie. Les choses ont été facilitées par le fait qu'il y avait une connaissance mutuelle des structures via les réunions du Comité Médical Stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire. En effet deux des médecins coordinateurs y participent en tant que présidents de CME (respectivement de l'hôpital de Villedieu et de Saint-James). Ils connaissaient donc déjà les différents chefs de pôle du GHT, ce qui permettait une confiance mutuelle et un gain de temps considérable pour pouvoir leur adresser un patient « recruté » par la PTA. De ce fait il n'y avait qu'à présenter la PTA ; comme les interlocuteurs étaient déjà en place cela a évité l'ajout d'une strate supplémentaire dans cet univers compliqué de structures multiples, qu'elles soient médicales ou sociales, associatives ou pas...

Certes le GHT est le dépositaire de l'enveloppe, car c'est lui qui s'occupe de la partie comptabilité, mais c'est surtout un acteur très fort. La PTA et le GHT ne travaillent pas l'un sans l'autre ; le GHT a permis une mise en relation rapide, efficace et dans un climat de confiance. Le fait que la PTA soit couplée au GHT a également permis une aide sur le plan administratif, surtout au lancement de la structure (aide apportée au Nord-Cotentin par l'URML). Les coordinateurs de pôle ont diffusé l'information aux différents Centres Hospitaliers du secteur. Les cadres de santé font aussi partie de ce Comité Médical Stratégique, ce qui distille beaucoup les informations.

La MAIA a été un soutien très fort pour la PTA du Sud-Manche. Les deux structures travaillent beaucoup ensemble : tous les dossiers parvenant à la MAIA repassent en réunions de concertation PTA, et tout les dossiers parvenant à la PTA repassent en concertation MAIA. Le travail est donc vraiment réalisé en synergie. Les médecins PTA ont pu présenter la structure au cours de plusieurs tables tactiques dédiées à cet effet. L'information est ensuite diffusée par la MAIA. La MAIA étant un dispositif bien connu, cette diffusion est très efficace et permet de garantir le sérieux de la structure PTA. Le travail de territoire, de communication, de mise en lien a été fait par la MAIA, ce qui a permis de ne pas partir de rien et de gagner un temps précieux. En effet la MAIA est maintenant bien implantée sur le secteur, et les acteurs de cette structure connaissent très bien les structures pouvant les aider selon la difficulté qui se présente à eux. Non seulement ils peuvent diffuser l'information et faire connaître la PTA au travers de messages électroniques, de réunions..., mais ils peuvent référer les acteurs PTA à telle ou telle structure quand les coordinateurs sont un peu démunis du fait d'un manque d'expérience et du caractère récent de la mise en place de la PTA.

Les médecins PTA régulièrement présents lors des réunions de synthèse. De plus, les infirmiers coordinateurs sont en contact toutes les deux semaines avec la MAIA Sud-Manche pour l'échange des dossiers. Si la MAIA n'arrive pas à gérer le dossier, la PTA prend le relais.

La MAIA, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (12):

Est un dispositif de coordination à l'adresse des personnes âgées de plus de 60 ans en difficulté médico-sociale. La gestion de cas se fait selon des critères bien particuliers, dans un contexte de multicomplexité. La MAIA de la Manche s'est progressivement implantée depuis 2008. Les MAIA couvrent la quasi-totalité du territoire français (352 structures au total), et la totalité du territoire de la Manche.

Les trois missions de la MAIA sont :

- éviction des ruptures de prise en charge du patient âgé ;
- prise en charge des situations complexes par un gestionnaire de cas ;
- soutien à domicile des personnes âgées en difficulté sanitaire ou médico-sociale.

Les gestionnaires de cas MAIA s'occupent d'un nombre de patients limité par an.

- au niveau du Sud-Manche : 47 cas par ETP (en 2017).
- au niveau du Nord-Cotentin : 35 cas par ETP.

La gestion des demandes se fait différemment depuis quelques mois. Actuellement les pilotes effectuent une priorisation des cas selon le degré d'urgence, alors qu'auparavant la gestion des cas se faisait par ordre chronologique d'arrivée sur la liste d'attente.

Tableau 8.

Cela faisait déjà longtemps que les médecins PTA du Sud-Manche avaient un maillage territorial fort, notamment du fait de leurs fonctions sur les services du SSR.

Pour faire connaître la PTA, les médecins coordinateurs se sont déplacés pour des missions d'information, par l'intermédiaire de la MAIA mais aussi par des réunions d'information auprès de confrères (Mortain, Saint-Hilaire-du-Harcoët...), ainsi que des lettres d'information aux médecins généralistes du secteur, et des informations données via les groupes qualité (Avranches, Saint-James, Villedieu). Les deux infirmiers coordinateurs ont fait beaucoup de travail de proximité. Ensuite, l'information se diffuse lors des réunions de concertations du Centre Hospitaliser Avranches-Granville (CHAG), et des équipes mobiles de gériatrie. À ces occasions les coordinateurs PTA voient tous les cas complexes de l'hôpital et toutes les remontées des assistantes sociales.

PTA Nord-Cotentin :

Les coordinateurs PTA ont tous les trois eu un énorme travail de reconnaissance du terrain. Le terrain et la façon de travailler étaient déjà connus, mais les interlocuteurs ne l'étaient pas forcément. La PTA n'a été lancée qu'une fois réalisé ce travail de reconnaissance. Tous les rouages étaient déjà bien mis en place avant sa diffusion. Les coordinateurs ont visité beaucoup de structures, ont présenté la PTA en même temps. Il était très important pour eux de connaître la structure existante mais aussi et surtout de connaître les interlocuteurs, de les voir et de leur parler pour connaître leur façon de voir les choses, leurs éventuelles appréhensions par rapport à la PTA, etc. Ils se sont déplacés dans les cabinets des médecins généralistes, et y retournent régulièrement. Ces visites permettent de répondre

immédiatement à des questions concernant la mission 1, mais également de parler de patients en situation complexe et de les inclure dans un suivi à plus long terme (mission 2).

Les coordinateurs PTA travaillent beaucoup avec la MAIA Nord-Cotentin et les CLIC. Comme au Sud-Manche, ils assistent aux réunions bimensuelles de la MAIA pour l'échange des dossiers.

Les médecins généralistes n'ont pas fait tout ce travail de reconnaissance, mais se sont plus occupés de faire connaître la PTA à leurs confrères. Une réunion a été faite spécialement pour présenter la PTA en décembre 2018, avec des médecins généralistes installés, des médecins remplaçants, et des internes en médecine générale. Plus tard les médecins PTA ont contacté leurs confrères qui n'avaient jamais recours à la PTA, dans l'hypothèse que la présentation n'ait pas été suffisamment complète ou que l'information ait été mal comprise. Au total, tous les médecins du Nord-Cotentin ont été mis au courant de l'existence et du fonctionnement de la PTA, une voire deux ou trois fois. Une deuxième réunion d'informations a eu lieu fin 2019.

Les coordinateurs PTA font chacun partie d'un des groupes du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Faire partie de ces groupes est intéressant pour les coordinateurs PTA, car cela leur permet un échange avec beaucoup de professionnels, et une meilleure connaissance des problématiques actuelles de mois en mois ; ils peuvent également étoffer leur réseau, et faire connaître leur PTA si besoin était.

Le Projet Territorial de Santé Mentale :

Est également issu de la loi de modernisation du système de santé, article 69(13).

Le PTSM est composé d'un nombre défini de professionnels de santé (psychologues, assistantes sociales...), qui réfléchissent ensemble sur un sujet donné. Ce projet a été lancé par l'ARS ; dans la Manche il est porté par le Bon Sauveteur. Il permet d'identifier les besoins, les manques, ce qui fonctionne...

Les axes des PTSM ont été développés selon six priorités, qui déterminent chacune un groupe de travail :

- 1- le repérage précoce des troubles psychiatriques,
 - 2- la lutte contre la rupture dans les parcours de soins,
 - 3- l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques,
 - 4- la prévention et la prise en charge des situations d'urgence,
 - 5- le respect et la promotion des patients présentant des troubles psychiatriques,
 - 6- l'action sur les déterminants de la santé psychiques (sociaux, environnementaux et territoriaux)
- (14).

Tableau 9.

4- Le fonctionnement actuel des PTA :

Du fait qu'entre Nord-Cotentin et Sud-Manche la nature des composantes est différente, le fonctionnement l'est également à plusieurs niveaux.

Pour les deux Plateformes le soutien de la MAIA a été et reste important. Les PTA utilisent leur Formulaire d'Analyse et d'Orientation des Situations (ou fiche FAOS), comme fiche d'inclusion dans le processus ; cette fiche est un peu modifiée pour les deux PTA.

Il arrive régulièrement qu'une situation complexe présentée au coordinateur PTA relève du gestionnaire de cas MAIA, mais les délais d'attente sont très longs (de l'ordre de six mois). Le but d'une Plateforme Territoriale n'est pas de se substituer à la MAIA, mais c'est parfois une conséquence inévitable de ces trop longs délais.

Les coordinateurs s'appuient aussi beaucoup sur les Maisons de Services Au Public (MSAP) de leur secteur.

Pour l'instant la troisième mission est mise de côté par les deux équipes de la Manche, faute de temps.

PTA Sud-Manche :

Les assistantes administratives de la PTA Sud-Manche assurent une permanence téléphonique, pour informer, conseiller et orienter la personne sollicitant de l'aide vers les ressources du territoire adaptées au patient. Si c'est une mission 1 elles peuvent réaliser le travail. Si c'est une mission 2 elles la transmettent soit à l'un des médecins coordinateurs, soit aux IDE coordinateurs. Elles bénéficient d'un passage quotidien de l'un des médecins PTA, ce qui permet un échange rapide des informations.

Les IDE coordinateurs du Sud-Manche font si besoin des visites à domicile, mais ceci est plutôt rare, et ciblé aux demandes expresses de visite. En revanche, du fait de son travail d'infirmière libérale, la coordinatrice du secteur de Saint-James peut détecter facilement les situations précaires. Ses collègues du Pôle de Saint-James, qui ont des contacts fréquents avec elle, peuvent également adresser à la PTA les patients qu'elles visitent. Les IDE coordinateurs s'occupent principalement du versant social des prises en charge. Ils demandent très régulièrement avis aux médecins coordinateurs.

L'équipe PTA Sud-Manche rédige ensuite, selon la situation, un Plan Personnalisé de Soins (PPS) et un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA), qui sont accessibles et modifiables par tous les coordinateurs. Tous ont accès au Dossier Médical Partagé, et peuvent le créer si cela n'a pas encore été fait.

PTA Nord-Cotentin :

Chaque effecteur de terrain de la PTA Nord-Cotentin travaille en binôme avec le médecin référent du secteur correspondant. Le médecin référent peut être contacté à tout moment si besoin. Concrètement ces contacts sont plutôt rares, les effecteurs n'en ressentant pas le besoin. Ils se rencontrent de façon systématique une fois par mois lors d'une réunion. Cette organisation est une volonté bilatérale :

- D'une part les médecins de la PTA souhaitent que la PTA ne leur prenne pas de temps dédié aux consultations. Ils veulent également que les médecins généralistes ayant recours à la PTA ne soient pas gênés par ce qu'ils pourraient prendre pour l'expertise d'un confrère.

- D'autre part les coordinateurs de terrain de la PTA sont très autonomes et aiment cette façon de faire. Ils souhaitent donc garder ce modèle.

Pour cette raison, l'activité des médecins référents PTA n'est pas rémunérée selon un pourcentage d'ETP. C'était l'un des objectifs fixés par l'opérateur, à savoir libérer du temps médical

aux médecins généralistes ; cette règle s'applique même aux médecins PTA, qui ne voient pas leur temps de consultation diminuer au profit de la Plateforme. Ils reçoivent une indemnisation annuelle (2000 euros), deux fois plus élevée pour le président. Cette indemnisation correspond à une compensation pour perte d'honoraires.

La PTA Nord-Cotentin est très axée sur les visites à domicile. En effet les visites permettent aux coordinateurs de détecter au mieux les problématiques qui découlent de la sollicitation, ensuite de mieux cibler les solutions à apporter, et donc d'éviter des pertes de temps. Elles permettent également une meilleure adhésion du patient concerné et de son entourage. En effet il est plus facile pour eux de comprendre les actions de la PTA, car ils les voient directement.

Les coordinateurs de la PTA Nord-Cotentin ne rédigent pas encore de PPA ni de PPS. Ils souhaiteraient le faire, car cela poserait un cadre plus précis qu'actuellement. Cela sera grandement facilité par le développement des outils informatiques. Pour l'instant, ils réalisent un tableau de suivi, avec un numéro selon la date d'inclusion, le nom/prénom, la date d'inclusion, le prescripteur, le médecin traitant, et éventuellement un petit détail pour mieux cibler le problème. Dans le tableau est également mentionné de quelle mission relève la situation (mais au début les coordinateurs ne le savent pas forcément), la date et le motif de sortie, et très brièvement ce qui a été fait. Enfin, il est mentionné si le dossier est clôturé, en cours, en suivi, s'il y a eu abandon, et si la situation demande un dossier social (pris en charge par l'assistante sociale). Le Sud-Manche possède un tableau de pilotage à peu près équivalent.

Exemples de Missions 1 (PTA Sud-Manche et Nord-Cotentin) :

- Aider un patient à accéder à des aides financières, par exemple pour permettre un maintien à domicile dans les meilleures conditions (AAH, APA...).
- Aider un patient à trouver un médecin traitant.
- Permettre une sortie d'hospitalisation en toute sécurité avec par exemple mise en place d'une aide-ménagère, d'un passage infirmier matin et soir, portage de repas à domicile...
- Essayer de trouver un EHPAD quand un patient ne peut plus rester à domicile sans risque à court terme.
- Aider un patient en difficulté financière à trouver un nouveau logement adapté à ses besoins et à ses moyens.
- Aider un patient qui a des difficultés administratives...

Exemples de Missions 2 :

Famille, précarité (PTA Nord-Cotentin, secteur Cherbourg) :

Patient de 70 ans, adressé à la PTA par l'assistante sociale d'un CCAS.

Pas de carte d'identité, pas de mutuelle, pas de carte vitale. Est en fauteuil roulant. Logé chez sa fille qui est sous curatelle, n'arrive pas à gérer son père. Le père dort dans le lit médicalisé, la fille dort dans le canapé, la chaise-pot est au milieu de la pièce. La carte bleue du père est chez son fils (la situation financière est donc inconnue, le fils ne répond pas), la fille n'a pas suffisamment de ressources pour payer à manger, et le père mange les croquettes du chien (il en a les poches pleines). Le patient a été hospitalisé quelques semaines pour dénutrition sévère. Des inscriptions ont été faites en EHPAD, mais sans papiers, même si une place se libère, l'hébergement sera administrativement impossible. L'assistante sociale du CCAS fait donc recours à la PTA. Il fallait récupérer l'acte de

naissance pour refaire une carte d'identité, il a fallu aussi trouver un médecin traitant, un médecin a accepté quand monsieur aurait des papiers ; un signalement au procureur a été fait, des mesures de protection sont lancées. Des bons alimentaires sont maintenant à sa disposition. Des aides financières sont envisagées (par le biais de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)) pour que le patient puisse avoir des protections du fait d'une incontinence. Le fils souhaite que les aides à domicile n'interviennent plus, est visiblement gêné que les services sociaux soient dans la boucle.

Un suivi addictologique est proposé à la fille de ce patient, car elle est sous Méthadone mais sans suivi adapté, la coordinatrice PTA va l'accompagner pour son premier rendez-vous.

Précarité (PTA Sud-Manche, secteur Granville) :

Patient de 37 ans, adressé à la PTA par son médecin traitant.

Accident de scooter il y a quelques années avec fracture ouverte de jambe + lésion du genou. Présente toujours des douleurs du genou droit en flexion/extension, le froid augmente les douleurs. A eu une expertise : persistance d'une lésion du genou droit, bilan radiologique à prévoir et deuxième avis chirurgical.

Problème de déplacement car n'a plus son permis de conduire, et n'a pas d'argent pour le repasser (est en recherche d'emploi). Il a donc fallu organiser un rendez-vous avec un chirurgien orthopédique. La PTA a contacté plusieurs structures pouvant prendre en charge le patient pour les transports.

Une démarche pour retrouver un emploi lui est proposée. La PTA a donc contacté Cap Emploi pour entamer le processus, ce qui permettrait peut-être par la suite de trouver un financement pour repasser le permis.

Exemple de Plan Personnalisé d'Accompagnement (PTA Sud-Manche), pour ce dernier patient :

Tableau 10.

Plan d'aide						
Problèmes	Causes	Signes	Objectifs	Actions	Résultats	Bilan d'étape Date : Atteinte des résultats et commentaires
Problème médical	Suite accident de scooter	Fracture ouverte jambe + lésion genou	Cs chir ortho (!!pas Avranches ni Vire)	Rdv Caen le 09/05/19 + transport solidaire	Transport OK mais dit qu'il n'avait pas de RDV Radio + n'a pas attendu la consultation car devait être rentré sur Villedieu avt 12h pour retirer l'argent du transport	A pris RDV de lui-même sur Avranches pour radiographies + consultation chirurgien orthopédique.
	Suivi pneumo	Hippocratismes digital	Suivi pneumo , EFR		Ne veut pas	
Problème de locomotion	Pas de permis	Peu de ressources	Aide financière pour passer le permis		Contact avec Cap Emploi Mme M.	
Problème financier	Problème de gestion	dettes	Dossier de surendettement	Intervention de la MDA	Curatelle en cours	
Problème social				Demande d'intervention du SAVS*	En cours	

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

5- Le Système d'informations :

Le 24 avril 2017, paraît une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour lancer un appel à projets aux ARS, avec financement par Fonds d'Intervention Régional (FIR) sur cinq ans (2017-2022), pour lancer des Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC), au service des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales ; ces Systèmes seraient coordonnés aux Dispositifs d'Appui à la Coordination, les DAC, regroupant notamment les PTA, le Parcours de santé des personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), les CLIC... Des expérimentations avaient déjà été faites, validant l'utilité et la faisabilité de ces systèmes. Ces systèmes permettraient de favoriser le lancement et le maintien de ces structures d'appui. En effet la mutualisation des outils, notamment des logiciels, permet un gain de temps précieux pour les utilisateurs, qui n'ont pas à gérer les problèmes de traçabilité et de sécurité de leurs données.

En Normandie, les ARS ont pris contrat avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Normand-e Santé. Initialement il existait les GCS haut- et bas- normands, créés en 2009, qui ont fusionné pour donner le GCS Normand-e Santé en 2017. Cette fusion fait suite à la loi NOTRe. Ce contrat entre l'ARS et Normand-e Santé permettra de développer des outils d'accès simple, rapide et sécurisé aux informations médicales pour les professionnels de santé. Le GCS Normand-e Santé a déjà mis en place plusieurs services d'informations, par exemple(15) :

NormAntibio (Observatoire de l'antibiorésistance) ;
ViaTrajectoire (outil d'aide à l'orientation) ;
le Dossier Médical Partagé (DMP) ;
Répertoire Opérationnel des Ressources (en cours de constitution) ;
Therap-e : logiciel dédié à la télémédecine. Il inclut notamment les services :

Tableau 11.

<i>Domoplaies</i>	Téléconsultation appliquée aux plaies complexes.
<i>e-Staff</i>	Réunions de concertation pluridisciplinaires à distance.
<i>SCAD</i>	Suivi Clinique À Domicile (application notamment en cardiologie).
<i>Télé-expert</i>	Demande d'avis d'expert pour l'interprétation d'un examen (ECG, EEG...).
<i>Télé-Consult</i>	Consultations programmées en EHPAD, en PSLA...
<i>Dossiers partagés</i>	Module transitoire mis à disposition des PTA, en attendant la convergence des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Le GCS Normand-e Santé permet l'établissement d'une charte graphique (ou cahier des normes graphiques) de ces structures, et notamment des PTA. D'ici quelques années les outils informatiques tendront à être communs à toutes les Plateformes de Normandie.

Les PTA ont eu un essor beaucoup plus rapide que les projets du GCS. Les projets de Normand-e Santé ont pris quelques années de retard, notamment du fait de la fusion des deux GCS (haut et bas normands). En attendant Therap-e, les deux PTA de la Manche se sont adaptées avec les moyens qu'elles avaient à leur disposition.

Par ailleurs, il y a projet au niveau de chaque région d'une page de répertoire dédiée aux membres de l'équipe avec la liste exhaustive et actualisée des numéros personnels de tous les acteurs

impliqués dans la coordination sur le territoire, ce qui permet au quotidien un gain de temps considérable : il s'agit du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Ce projet sera également mis en place par Normand-e santé (son développement est encore en phase de test). En attendant, les coordinateurs PTA ont déjà fait un beau travail de répertoire, chacun pour son secteur. Par ailleurs, la MAIA avait déjà un répertoire bien fourni, enrichi au fil des années ; cependant il fallait y rajouter les secteurs de l'enfance, de la psychiatrie et du handicap. « De toute façon, si on ne connaît pas la structure ça n'apporte pas grand'chose... » : Effectivement, si l'on ne connaît pas l'interlocuteur à qui on a affaire, on ne pensera pas forcément à le solliciter. L'appui risque alors d'être moins performant car une communication préalable n'aura pas été faite. Le fait que le ROR ne soit pas encore en place n'est donc pas du tout un frein à l'épanouissement des PTA de la Manche.

À terme, les PTA auront toutes un site régional unique avec portail d'accès pour les patients comme pour les professionnels, avec régulation de l'accès aux différentes fonctionnalités et aux informations (compte-rendus d'hospitalisation, résultats de biologie...).

PTA Sud-Manche :

Le traitement des données demande plusieurs étapes : la banque de données se trouve être sur le logiciel MLM (Mon Logiciel Médical), logiciel en réseau, utilisé par le PSLA de Villedieu mais pas par les PSLA de Granville ni Saint-James. La retranscription des données n'est pas toujours immédiate et donc la traçabilité n'est pas optimale, avec un risque d'erreurs majoré. Cette retranscription demande beaucoup de travail : les coordinateurs PTA font des fiches synthèse sur une page Excel, qu'ils transmettent aux assistantes administratives en format papier pour une meilleure sécurité des données. Les assistantes administratives retranscrivent les données sur MLM, dans un dossier spécial PTA, pour pouvoir faire des statistiques spécifiques à ces dossiers. Cela demande beaucoup de motivation et de temps.

La mise en route de l'outil Therap-e a débuté le premier octobre 2019, avec une première information officielle par la MAIA ce même jour. Ce passage de MLM à Therap-e se fera de façon progressive, sur plusieurs mois. Il sera une opportunité pour ajouter un outil développé par la MAIA Sud-Manche avec le soutien de l'ARS, le Dossier de Liaison et Habitudes de Vie (DLHV)(16) : ce formulaire est rempli en amont de toute situation d'urgence pour permettre une transmission optimale des informations lors de changement de lieu de vie, prévu ou soudain.

L'outil Therap-e permettrait un accès commun aux données d'un même patient, notamment les données de la MAIA et celles de la PTA. Ce projet de fusion MAIA/PTA arrivera à exécution avec la convergence des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). L'organisation informatique sera donc revue avec cette fusion.

Par ailleurs les médecins coordinateurs de la PTA Sud-Manche ont chacun une adresse Apicrypt hébergée par le GHT pour la coordination en général, ce qui évite l'ajout d'une strate supplémentaire aux différentes fonctions des médecins.

PTA Nord-Cotentin :

Les données ne sont pas répertoriées sur un logiciel mais restent pour le moment au format Excel. Chaque coordinateur garde ses données sur son ordinateur, et ces données sont regroupées pour les rapports trimestriels. La sécurité et la traçabilité sont moindres, au profit de la rapidité.

Les médecins de la PTA Nord-Cotentin n'ayant pas de fonction de coordination, il n'aurait pas été pertinent de leur créer une adresse mail dédiée à la PTA. En revanche, les coordinateurs PTA n'ont

pas encore de messagerie sécurisée mais ils en auraient grand besoin. En attendant, les identités ne sont pas données par mail, pour le respect du secret médical, mais simplement l'initiale du nom et la ville où habite le ou la patiente.

La PTA Nord-Cotentin s'équipe actuellement de l'outil Therap-e, ce qui résout ce problème de traçabilité et de sécurité, mais pas pour la messagerie sécurisée. La PTA a donc contacté le GCS Normand-e Santé, pour mettre en place une boîte mail sécurisée pour chacun des coordinateurs PTA.

6- Rapports d'activités :

Les financements demandés par les PTA sont accordés par l'ARS selon la demande, en cohérence avec les besoins, qu'il faut justifier d'une part dans le budget prévisionnel, d'autre part dans les rapports d'activités trimestriels ou semestriels.

Le budget d'une PTA comprend :

- les achats : fournitures, matériel de bureau, informatique, affranchissement, téléphone...
- les services extérieurs : loyers, assurances, documentation, maintenance...
- les autres services extérieurs : rémunérations intermédiaires, honoraires comptables, publicité, déplacements, missions, services bancaires...
- les impôts et les taxes ;
- les charges de personnel.

Les ARS financent les PTA via un financement Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ces budgets permettent de financer des actions et des expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. Ils sont négociés chaque année, via le rapport d'activités de la PTA et le budget prévisionnel proposé par la PTA.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est prévu, mais seulement une fois que les Dispositifs d'Appui à la Coordination seront un système unique ; ce système découlera de la fusion de toutes les structures en lien avec la coordination des soins autour du patient. Selon la viabilité du projet, l'ARS signera alors avec les DAC un CPOM, qui permet de pérenniser la structure. Le budget n'est plus négocié annuellement mais sur trois ans, avec tout de même une demande annuelle.

Au niveau des budgets prévisionnels, en euros :

	Nord-Cotentin	Sud-Manche
2018	140 859	246 750
2019	210 145	263 750
2020	311 350	

Tableau 12.

De part et d'autre de la Manche les budgets ont été plus importants pour 2019, ce qui est tout à fait logique puisque les PTA sont florissantes et donc nécessitent plus de moyens humains et techniques.

Activité des PTA du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019 :

Le nombre de sollicitations par PTA :

	Nord-Cotentin	Sud-Manche
Total premier trimestre	130	63
Mission 1	75	21
Mission 2	55	42
Total deuxième trimestre	133	75
Mission 1	74	39
Mission 2	59	36
Total troisième trimestre	79	76
Mission 1	38	25
Mission 2	41	51
Lissage trois trimestres	342	214
Mission 1	187	85
Mission 2	155	129
Sollicitations pour 1000 habitants	1,88	1,45

Tableau 13.

Répartition des cas par âge :

Sud-Manche		Nord-Cotentin	
0-20 ans	6 %	0-20 ans	4 %
21-40	12 %	21-45	10 %
41-60	21 %	46-65	17 %
61 et plus	61 %	66 et plus	68 %

Tableau 14.

Répartition des cas par sexe :

	Sud-Manche	Nord-Cotentin
Hommes	54 %	50 %
Femmes	46 %	50 %

Tableau 15.

Répartition des cas selon le mode d'inclusion (premier semestre) :

	Sud-Manche	Nord-Cotentin
Médecins généralistes	80 %	60 %
Autres	20 %	40 %

Tableau 16.

Médecins généralistes du territoire ayant sollicité la PTA :

	Sud-Manche	Nord-Cotentin
Médecins généralistes installés ayant sollicité la PTA		82
Nombre total de médecins sur le territoire (2017), incluant les remplaçants et les internes	120	110

Tableau 17.

Répartition des cas selon le type de mission :

	Sud-Manche	Nord-Cotentin
Mission 1	40 %	55 %
Mission 2	60 %	45 %

Tableau 18.

IV- Discussion

1- Les biais :

♪ Biais lié au fait que je n'ai travaillé que dans le Nord-Cotentin et le Centre-Manche mais pas du tout dans le Sud-Manche (hormis un stage à Granville, mais en hôpital, où j'ai vu effectivement la facilité avec laquelle on pouvait correspondre avec les SSR de Saint-James et de Villedieu : du fait que je travaillais en médecine polyvalente j'ai eu l'occasion d'avoir recours plusieurs fois avec les médecins coordinateurs de ces SSR). J'ai sûrement une vision trop « unilatérale » des PTA de la Manche... Le fait de travailler dans le Nord-Cotentin a permis une grande facilité pour communiquer avec l'équipe du secteur, qui m'a apporté au fur et à mesure toutes les informations dont j'avais besoin.

En revanche, du fait que je ne connaissais pas l'équipe du Sud-Manche, le lien a été beaucoup plus difficile à mettre en place, d'autant que les coordinateurs sont pour la plupart des médecins, qui ont non seulement la PTA mais leurs consultations et leurs activités hospitalières à gérer.

Pour pallier ce manque et ne pas faire perdre trop de temps au médecin coordinateur qui a accepté de me répondre, je me suis beaucoup basée sur la thèse sur la PTA Sud-Manche soutenue le 24 octobre 2018(17), ce qui met encore un intermédiaire entre ma thèse et la réalité pure.

♪ De plus, il était impossible de partir avec des questions très ciblées lors des entretiens. Tel entretien au sujet de la première PTA apportait telle question au sujet de la deuxième, et je n'avais plus forcément à disposition l'interlocuteur le mieux placé pour me répondre... Les corrections étaient très faciles à apporter quand la question portait sur la PTA Nord-Cotentin car je pouvais faire appel aux coordinateurs n'importe quand, mais pour la PTA Sud-Manche il en allait autrement.

Il faut essayer d'interpréter ce qui a été dit pour deviner les sous-entendus. Il faut apprendre à cerner la personne qui nous répond, déduire d'après ce qu'on voit sur le terrain ce que pense tel ou tel médecin coordinateur, en essayant de confirmer ses intuitions autant que faire se peut, une thèse ne pouvant pas être basée sur des intuitions ! Ceci dit, si cette difficulté est un biais, elle est aussi ce qui a été vraiment intéressant pour moi au cours de la réalisation de cette thèse.

♪ Enfin, le partage du projet de thèse par une correction partagée entre Nord-Cotentin et Sud-Manche aurait probablement permis un meilleur recueil d'informations.

2- Interprétation des chiffres :

Au lancement de l'appel à projets il n'y avait pas d'objectif cible par rapport à un nombre précis de sollicitations. Cela n'aurait pas été approprié, les PTA ayant besoin de temps pour se lancer et se rôder (constitution de l'équipe, communication...). De plus, l'ARS n'aurait pas eu de recul sur le travail effectué ni sur le « rendement » des PTA.

Cependant, les ARS ont besoin de justifier les financements alloués par le ministère des solidarités et de la santé. Pour accorder un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) aux structures de coordination, il faudra donc justifier les budgets. Il sera donc prévu dans les CPOM toute une partie sur les indicateurs de suivi. Ce sera effectif pour mars 2020, parce que l'année 2019 sera la seule année pleine pour toutes les PTA. Pour l'année 2020 un ajustement sera fait selon le budget de 2019, mais pas sur un objectif de réussite.

« L'expansion n'est pas une obligation à partir du moment où le but n'est pas de faire du chiffre mais d'être efficace. Elle sera satisfaisante au fur et à mesure du temps parce qu'il y a des glissements de tâches, donc on va récupérer plus de dossiers, de plus en plus complexes, et de plus en plus isolés, et on aura peut-être moins de réponses, malheureusement... Donc le but ce n'est pas d'avoir de plus en plus de dossiers à gérer. Le but c'est que toutes les situations compliquées qu'on nous adresse trouvent une réponse, qu'elle soit chez nous ou qu'elle soit ailleurs. » Coordinateur PTA Sud-Manche, 2 octobre 2019.

Pour la PTA Nord-Cotentin, le nombre d'inclusions pour 2018 a été équivalent au nombre d'inclusions sur les quatre premiers mois de 2019 (environ 155 inclusions), ce qui montre l'essor de la PTA et les efforts fournis par les coordinateurs pour faire connaître la structure. Là encore, on voit la différence de démarche entre PTA Nord-Cotentin et Sud-Manche : au Nord l'opérateur souhaitait que l'information ait été diffusée et que l'équipe soit familiarisée avec le terrain et ses structures d'aide avant de lancer la PTA ; au contraire au Sud l'opérateur a préféré que l'équipe se familiarise avec cette nouvelle fonction avant de diffuser l'information, pour avoir le temps de voir venir la progression dans le nombre d'inclusions. Pour donner un ordre d'idées, la PTA Sud-Manche a été lancée le 15 décembre 2017 et les premières réunions d'information à proprement parler ont débuté en avril 2018 (avec une réunion MAIA). C'est la démarche inverse qu'a eue le Nord-Cotentin, qui s'est lancé précisément en avril 2018, mais après avoir fait de nombreuses réunions d'informations, pour garantir dès le départ un label qualité. L'objectif était de venir rapidement en aide au médecin généraliste. Se faire connaître était donc fondamental.

Pour la PTA Sud-Manche le nombre d'inclusions est nettement inférieur à celui de la PTA Nord-Cotentin, pour une population à peu près équivalente mais pour une superficie un peu plus grande. Peut-être est-ce dû au fait que les coordinateurs PTA sont des médecins libéraux, et comme tels n'ont pas du tout l'habitude de tracer leurs actes : « Nous faisons beaucoup de choses qui ne se voyaient pas ; grâce à la PTA ça se voit. On a encore une bonne marge de progression, parce que l'on fait encore beaucoup de choses en oubliant de dire qu'on l'a fait ! ». Coordinateur PTA Sud-Manche, 2 octobre 2019. Ceci est assez paradoxal, car la PTA Sud-Manche est bien plus avancée que la PTA Nord-Cotentin d'un point de vue informatique et traçabilité, que ce soit par rapport aux efforts fournis pour transcrire les informations sur MLM, que ce soit pour le DMP, pour la rigueur dans le Plan Personnalisé de Soins, le Projet d'Accompagnement Personnalisé, pour la télémédecine (cf Discussion)...

3- Ouvertures :

a) Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :

Dans le cadre du plan « ma santé 2022 », annoncé le 18 septembre 2018 par le Président de la République Emmanuel Macron et la ministre des affaires sociales et de la santé Agnès Buzyn, vont se monter les CPTS, structures regroupant plusieurs professionnels de santé autour d'un projet commun. Elles concernent des bassins de vie plus grands que les PSLA, qui eux-mêmes s'intégreraient aux CPTS. Ces projets de CPTS avaient déjà été développés, le concept ayant été créé par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (article 65) ; on en compte 200 actuellement. 800 autres CPTS sont censées voir le jour d'ici 2022. La politique CPTS est basée notamment sur un accès au médecin traitant pour tous et l'installation des médecins généralistes. Les projets de CPTS s'établissent progressivement. Une CPTS rajouterait des financements pour les projets spécifiques : actions de télémédecine, d'évaluation ou de soutien à domicile, type équipes spécialisées Alzheimer, ou accueil de jour itinérant, ou...

La communication au sein des CPTS est optimisée par la présence de coordinateurs de pôle. En effet, si les médecins ou les infirmières, kinésithérapeutes ou autre personnel soignant s'occupent de la partie organisationnelle, cela empiéterait sur le temps médical. Les pôles sont justement faits pour maximiser ce temps médical (temps de consultation). La mutualisation des locaux et du personnel administratif permet également une économie pour le personnel soignant (moins de locaux à prévoir, location partagée des locaux, secrétariat partagé...).

En Normandie ce concept avait déjà été mis en œuvre, avec le lancement de plusieurs Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires (PSLA).

Le but de cette réorganisation intérieure est d'éviter les ruptures de parcours de soins en établissant des protocoles entre les divers intervenants autour du patient. En effet les CPTS regrouperont des professionnels qui s'organisent – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Les missions des CPTS sont notamment de permettre une offre de soins en permanence, de faciliter l'accès au médecin traitant mais également l'accès au spécialiste dans un délai approprié. Il est évident que si la PTA est une structure d'appui à la coordination, elle ne permet en aucun cas de pallier le manque de personnel médical sur les zones fragiles : ces zones sont fragiles parce qu'il n'y a pas de médecins généralistes. La PTA est un appui aux acteurs de terrain, mais s'il n'y a pas d'acteurs de terrain il ne peut y avoir d'appui !

Côté Sud-Manche les médecins coordinateurs ont pour vœu de développer une CPTS sur le même territoire que la PTA et le GHT, pour garder une parfaite cohérence. Côté Nord-Cotentin certains souhaiteraient une CPTS à l'échelle du Nord-Cotentin, mais les coordinateurs PTA, pour avoir expérimenté le terrain, pensent que la structure serait beaucoup trop grosse et donc peu efficiente.

b) La convergence des Dispositifs d'Appui à la coordination (DAC) :

La création des CPTS va donc de pair avec celle des PTA suite à la loi de 2016, et leur universalisation va de pair avec la création des Dispositifs d'Appui à la Coordination, suite à « santé 2022 ». L'unification des DAC est faite en vue d'éviter les redondances dans les rôles des différentes structures. Cela permet d'optimiser les compétences des personnes travaillant dans les DAC, et par conséquent de réduire les budgets. D'ici 2022, tout le secteur de la Manche sera couvert par de telles structures, Centre-Manche y compris.

L'avantage d'avoir créé les PTA avant cette fusion est qu'elles sont modelées selon ce que souhaitait l'opérateur, que ce soit les médecins PTA du Nord-Cotentin ou ceux du Sud-Manche.

Les PTA Nord-Cotentin et Sud-Manche s'appuient toutes les deux sur la MAIA de leur secteur. Cela suppose une complémentarité qui s'est bien établie pour les deux Plateformes. Ceci a permis que les PTA ne soient pas absorbées par les MAIA, et que leur travail soit bien différencié. C'était la volonté de l'URML et des médecins PTA que la structure soit portée par et pour les libéraux.

La PTA Sud-Manche avait déjà en projet de faire un secrétariat commun avec la MAIA pour traiter les fiches d'inclusion, tout en gardant des gestionnaires de cas pour la MAIA et des coordinateurs pour la PTA, chacun ayant un travail tout de même différent : La MAIA est vraiment dans le domaine du social, et gère des situations complexes éminemment isolées. La PTA, quant à elle, s'appuie sur des structures en place, dont les MAIA, mais avec un besoin de réactivité plus grande, pour concrétiser un dossier.

L'unification des deux structures était trop difficile à mettre en place du fait que les budgets n'étaient pas les mêmes pour chaque structure, et les logiciels utilisés sont également différents. La fusion des DAC permettra ce regroupement MAIA-PTA avec les budgets, les financements et le cadre juridique adéquats.

L'ARS Normandie préconise que les coordinateurs PTA fassent le moins possible de visites à domicile, car elle considère que ce n'est pas leur fonction mais celle des gestionnaires de cas MAIA. Pourtant, d'une part ces visites permettent de pallier les carences liées à une surcharge de travail des structures d'adressage (six à huit mois de délais par exemple pour une prise en charge par la MAIA). En effet l'un des principes des PTA est justement de répondre au besoin du patient dans les 48 heures. D'autre part, la population visée par la MAIA n'est pas du tout superposable à celle visée par la PTA : La MAIA a des critères d'inclusion très sélectifs, contrairement à la PTA qui s'adresse à la population dans son ensemble. La remise en question des visites à domicile ne peut donc pas se baser sur un adressage insuffisant de la PTA aux structures d'aide médico-sociale, dont la MAIA.

Dans la mesure du possible, les coordinateurs PTA du Sud-Manche n'effectuent pas de visites à domicile. Au contraire, les coordinateurs PTA Nord-Cotentin se déplacent beaucoup à domicile, et c'est une volonté de la part de l'opérateur. Ces visites permettent de détecter les difficultés médico-sociales des patients du secteur.

Lors de la fusion des DAC ces deux visions des choses seront sûrement unifiées, car les fonctions des différents postes (gestionnaires de cas MAIA, coordinateurs PTA, etc) seront révisées. Le médecin généraliste et le coordinateur PTA se doivent d'avoir une vision holistique du patient. On peut espérer que l'harmonisation des fonctions de coordination permettra aux coordinateurs d'avoir encore plus cette vision globale des situations.

Tous ces changements somme toute assez rapides ne sont pas sans inquiéter les médecins PTA, qui s'adapteront au mieux mais pas au-dessus de leurs limites et de leur façon de voir les choses :

« S'ils ont décidé que les objectifs qu'ils nous avaient fixés ne sont pas à leurs normes ? C'est très bien. Moi je n'irai pas faire autre chose. Si ça rajoute du temps en plus, une strate en plus, je me retirerai » (Coordinateur PTA Sud-Manche, 2 octobre 2019).

c) Une augmentation des demandes entraînerait-elle une incapacité de répondre ?

Cette question avait été posée à l'occasion d'une réunion PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale), où l'on évoquait des solutions pour les patients en difficulté de logement, ce qui avait amené les intervenants à parler des structures d'aide. Et quelqu'un dans l'assemblée a objecté : « Mais si ces structures étaient plus connues, elles seraient surchargées et l'on aboutirait au même résultat : manque de personnel soignant, manque de logements... »

La question peut être posée également pour les PTA : si ces structures étaient plus connues, seraient-elles surchargées de travail, et alors perdraient-elles leur efficacité ?

On peut répondre que cela dépend du fonctionnement de la PTA en question et des axes sur lesquels elle se fonde : pour la PTA Sud-Manche, qui est très axée sur les hospitalisations rapides en SSR ou les entrées directes en EHPAD, il est clair que si tous les médecins généralistes ou tous les patients concernés sollicitaient la PTA pour cette indication, le système serait saturé extrêmement rapidement. Les médecins PTA ne pourraient proposer une place en EHPAD ou en SSR car les services seraient pleins.

La PTA Nord-Cotentin n'est pas centrée sur ces axes. Sur ces points-là elle peut être assez démunie. En revanche, cela lui assure un équilibre : en effet, si la demande va croissant, les coordinateurs PTA accroissent aussi leurs connaissances et leur efficacité. L'expansion de la demande pourra donc aller de pair avec l'expansion de la PTA.

Côté Sud-Manche, la PTA dépend de la motivation de quelques personnes, et semble de ce fait plus fragile. En effet, le fonctionnement de la PTA est dépendant de la volonté des médecins coordinateurs. Si ces médecins se fatiguent et souhaitent passer la main, il est fort probable que cela soit beaucoup plus difficile que pour la PTA Nord-Cotentin, qui voit par exemple la coordinatrice du secteur des Pieux céder la mission 2 (accompagnement de parcours) à une coordinatrice nouvellement recrutée, sans que cela pose aucun problème pour le fonctionnement de la Plateforme. Pour le Nord-Cotentin, le recrutement des coordinateurs et le développement de l'équipe se font rapidement. Les coordinateurs en place prennent le temps de présenter les nouveaux coordinateurs aux médecins généralistes des différents cabinets de leur secteur.

d) Façon de voir...

La PTA Sud-Manche est très visionnaire et pleine de projets, qui s'harmonisent très bien avec le système politique actuel en matière de santé : La fusion des DAC, le DMP, une interconnexion entre les différents réseaux (Via Trajectoire, PTA, hôpital/cabinet médical...) pour une information autour du patient à la fois parfaitement transparente et respectueuse de ses droits.

Les PSLA des médecins opérateurs (Granville, Villedieu et Saint-James) fonctionnent tous les trois en Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA : forme juridique du Pôle, pour une mise en commun de moyens, d'activités de coordinations, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé). Granville et Villedieu ont pour projet de monter une Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire (MSPU).

La PTA Sud-Manche considère le Dossier Médical Partagé comme un outil primordial dans le développement de la PTA et vice-versa. Dans le Nord-Cotentin les médecins généralistes ne sont que rarement formés à la création du DMP, et les coordinateurs PTA ne sont absolument pas axés sur le développement du DMP. Par ailleurs, les coordinateurs PTA Sud-Manche se préoccupent d'intégrer les antécédents dans le dossier du patient selon la cotation CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé), détail qui permet une rigueur pouvant être utile dans la clarté des dossiers et, plus tard, pour des statistiques réalisées au niveau national. Pour le moment le Nord-Cotentin ne s'est pas préoccupé de cet aspect, préférant se concentrer sur les prises en charge sur le terrain. De plus, se pose la question de la propriété du DMP.

La PTA Sud-Manche aimerait également s'inclure dans la charte de la personne hospitalisée pour simplifier le parcours et faciliter le consentement du patient (ce qui est discutable, car cette charte n'est que rarement lue effectivement par le patient, même si elle est effectivement signée. Le consentement est légalement présent, mais l'information « claire, loyale et appropriée » l'est souvent moins...). La PTA Sud-Manche pense également à inclure de façon systématique la personne de confiance et les directives anticipées au Formulaire d'Inclusion.

De même, la PTA est vue par l'opérateur Sud-Manche comme partie intégrante du développement de la télémédecine, avec des consultations en lien avec le SSR et les EHPAD. De la même façon, des permanences de télémédecine commencent à être organisées, avec un centre de téléconsultations à Saint-Georges-de-Rouellet (les patients se rendent à Saint-Georges et les médecins consultent de leur cabinet. Les téléconsultations ont débuté en décembre 2018 ; on en compte quarante entre décembre 2018 et avril 2019), demandant l'investissement d'une douzaine d'infirmières et de sept médecins généralistes pour une permanence de quinze heures par semaine. À ce jour nous ne pouvons pas compter d'équivalent dans le Nord-Cotentin, même si l'on commence à en parler sérieusement. Les médecins PTA du Nord-Cotentin semblent ne pas avoir une vision aussi « globalisatrice » du système médical. Ils ont développé la PTA parce qu'il était évident qu'elle serait utile à la population, mais sans chercher à l'intégrer à d'autres systèmes (si ce n'est au système de fonctionnement en Pôles : la proximité physique est la façon la plus efficace de favoriser la communication).

Probablement devrons-nous en venir à la téléconsultation, ne serait-ce que parce que c'est une volonté politique, mais aussi parce que c'est peut-être réellement une solution envisageable de nos jours. Une prise en main volontaire de l'outil n'en serait que plus bénéfique pour le patient, plutôt que de prendre cette tâche à regret, ce qui amoindrirait forcément la qualité du service.

e) « Communiquer pour exister » :

Le point commun des deux PTA reste la communication, qui est fondamentale. Les coordinateurs PTA doivent se former sur le rôle et le fonctionnement des structures en place sur le territoire. Mais l'efficacité d'une PTA repose sur deux principes : connaître les structures d'aide, mais aussi être connue du personnel soignant et de la population en général. « Cela se passe de personne à personne. Travailler ensemble, c'est vraiment une histoire de personnes. Ceux qui veulent travailler avec nous sont contents de travailler avec nous » (coordinateur PTA Sud-Manche, 2 octobre 2019).

L'ARS Normandie a des contacts réguliers avec la PTA Sud-Manche ; elle n'a pas ces contacts réguliers avec la PTA Nord-Cotentin, mais ARS et PTA Nord-Cotentin communiquent suffisamment, par exemple lors des temps d'échanges régionaux. Analyse faite du fonctionnement des PTA de la Manche, peu importe qui coordonne tant qu'il y a collaboration étroite, ce qui est le cas dans la Manche, Nord ou Sud. Tant que les acteurs travaillent ensemble c'est bénéfique. Au niveau du Sud-Manche les médecins coordonnateurs avaient déjà un réseau très bien développé, ce qui permet un adressage extrêmement pertinent aux structures connexes.

Les médecins coordinateurs de la PTA Sud-Manche ont pour certains d'entre eux la moitié de leur temps consacrée à la coordination (PTA, GHT...), la moitié restante étant dédiée aux consultations. La reconnaissance de leur travail de coordination (du fait de la création des PTA) a été bénéfique pour eux : cela permet d'optimiser le travail réalisé en y apportant des soutiens notamment administratifs et cela évite un essoufflement précoce des médecins coordinateurs.

Côté Sud-Manche, ce travail repose beaucoup sur la motivation de quelques personnes, sans lesquelles l'activité de la PTA périrait. Ces médecins ont permis un relais entre des confrères partis à la retraite et d'autres collègues qui progressivement prennent des fonctions de coordination et se répartissent les tâches, sur l'hôpital, sur la faculté de médecine...

Cette façon de travailler correspond à un profil particulier. En effet tous les médecins ne voudraient pas passer autant de temps à la coordination. C'est le cas des médecins PTA du Nord-Cotentin, qui certes comprennent l'importance du travail de coordination pour les patients, mais pour autant ne souhaitent pas s'engager personnellement dans la coordination, celle-ci étant pour eux comme pour les utilisateurs de toute PTA un outil et pas un but en soi.

Conclusion

La charge de travail des médecins généralistes est lourde et probablement croissante. Les médecins présentaient donc un besoin de plus en plus pressant d'appui à la coordination. La création des Plateformes Territoriales d'Appui a permis de répondre à cette demande. Par conséquent, les PTA peuvent être un facteur positif d'attractivité médicale, car elles permettent au médecin de simplifier ses démarches pour résoudre une situation complexe, à l'aide d'un outil simple et efficace. Le fait d'avoir affaire à un interlocuteur unique facilite grandement la communication, et les médecins peuvent donc travailler plus confortablement. La PTA peut donc être un facteur de stabilisation pour un médecin déjà installé. Ce constat vaut aussi pour les médecins remplaçants ou souhaitant s'installer, qui pourront mieux appréhender leur pratique sur un territoire où se développe une PTA.

Pour des raisons historiques, les deux équipes PTA de la Manche sont très différentes et le mode de fonctionnement qui en découle l'est également. Pour une même proposition de loi, ces deux équipes ont su mettre en place une réponse adaptée à leur territoire. Le but initial est que le maximum de médecins généralistes en tire bénéfice, pour qu'à terme les patients aussi tirent profit de cet outil.

La différence majeure entre les deux PTA de la Manche réside dans le fait que la PTA Sud-Manche est très hospitalo-centrée, avec un appui très important venant du Groupement Hospitalier de Territoire. Il est certain que la fonction de médecin est bienvenue pour établir le lien de communication entre une telle structure et le médecin généraliste et son patient. À l'inverse, l'objectif de la PTA Nord-Cotentin est plutôt d'éviter des hospitalisations, dans la mesure du possible. Les coordinateurs de l'équipe Nord-Cotentin viennent du domaine social. Couplé au regard du médecin généraliste, cet atout permet une vision vraiment globale de la situation. Les prises en charge sont axées sur l'ambulatoire.

Ces constats auront probablement un impact sur le rendement financier de chaque PTA. Pour le moment les rapports d'activités et les budgets diffèrent beaucoup selon le Nord ou le Sud-Manche. L'ARS prévoit pour 2020 des indicateurs permettant d'obtenir un meilleur reflet de cette activité, ce qui est utile d'une part pour distribuer les financements de façon adéquate aux besoins, mais aussi pour valoriser le travail réalisé par les équipes.

La constitution des équipes n'est pas encore stabilisée. L'essor des PTA a entraîné une augmentation des demandes. La PTA Sud-Manche a prévu de recruter une assistante sociale pour début 2020. L'équipe du Nord-Cotentin prévoit encore le recrutement d'un coordinateur, pour que la réponse soit toujours en adéquation avec la demande, et pour éviter un épuisement des coordinateurs.

Les deux Plateformes prévoient également l'intégration de leur structure aux autres Dispositifs d'Appui à la Coordination. Leur réactivité permettra aux équipes de ne pas se faire absorber par le Dispositif qui sera mis en place. Les Plateformes Territoriales d'Appui se doivent d'être actives dans cette démarche, pour ne pas la subir. Elles pourront ainsi continuer une action qui s'est déjà révélée bien utile au médecin généraliste et par ce biais à la population dans son ensemble.

Bibliographie

1. Loi de modernisation de notre système de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
3. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=FE-1+DEP-50+DEP-14>
4. Comparateur de territoire – Commune de Cherbourg-en-Cotentin (50129) | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-50129>
5. Manche (département). In: Wikipédia [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manche_\(d%C3%A9partement\)&oldid=164113205](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manche_(d%C3%A9partement)&oldid=164113205)
6. La nouvelle géographie communale et intercommunale du département de la Manche - Insee Flash Normandie - 33 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586494>
7. Cotentin. In: Wikipédia [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cotentin&oldid=164008597>
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 74 [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=A9312ADCFE386F25F6E74D6AF05BAF4.tplgfr32s_2?idArticle=JORFARTI000031913316&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id
9. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes [Internet]. 2016-919 juill 4, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032848079&categorieLien=id>
10. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 107 [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913559&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
11. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) [Internet]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-ght-0>
12. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 69 [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_69

14. DGOS. Projet territorial de santé mentale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
15. Présentation des services [Internet]. Disponible sur: <https://www.app-esante.fr/presentation-des-services/presentation-des-services,853,939.html>
16. Dossier de liaison des habitudes de vie (DLHV) [Internet]. RSVA. Disponible sur: <https://rsva.fr/outils/sante/dossier-de-liaison-durgence-et-des-habitudes-de-vie/>
17. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102157/document>

Annexe

Composition actuelle des deux équipes :			
Sud-Manche		Nord-Cotentin	
Opérateur			
† Dr Boyer (Villedieu) † Pr Le Bas (Granville) † Dr Marconnet (Saint-James) † Dr Sabathier (Villedieu) : Président † Dr Trénier (Villedieu)		† Dr Bansard (Les Pieux) : Président , référent secteur Les Pieux † Dr David (Octeville), référent secteur Cherbourg † Dr Dragomir (Tourlaville) † Dr Farcas (Octeville) † Dr de Geyer (Valognes), référent secteur Valognes	
Composantes			
† Mme Boulon, assistante administrative	0,5 ETP	† Mme Guiffard, coordinatrice secteur Les Pieux (mission 2)	1 ETP
† M. Delabroise, IDE Granville	0,2	† Mme Gervais, coordinatrice secteur Les Pieux (mission 1)	0,25
† Mme Delauney, IDE Villedieu	0,2	† Mme Jouault, coordinatrice secteur Cherbourg	1
† Mme Lebrun, assistante administrative	0,5	† Mme Martinet, assistante sociale	1
† GHT, comptabilité	0	† M. Philippe, coordinateur secteur Valognes	0,5
† les cinq médecins qui constituent l'opérateur	0,2x5		
Total ETP	2,4	Total ETP	3,75

Tableau 19.

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

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

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

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

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020.

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Després-Morin Mathilde

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Plate-formes Territoriales d'Appui de la Manche : Deux territoires, deux modalités. Étude descriptive de la mise en place des PTA du Sud-Manche et du Nord-Cotentin.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : INTRODUCTION : Début 2018 ont démarré les deux Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à la coordination des soins autour du patient dans la Manche (Nord-Cotentin et Sud-Manche), suite à l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. OBJECTIF : décrire la mise en place et le fonctionnement de ces deux Plateformes. MATERIEL ET METHODES : étude qualitative par entretiens semi-dirigés des coordinateurs et de l'opérateur des deux PTA. RESULTATS : Le fonctionnement des deux PTA de la Manche est fondamentalement différent, car les médecins qui ont monté les PTA n'avaient pas les mêmes objectifs. Les coordinateurs de la PTA Sud-Manche n'est composée que de personnes venant du milieu médical, alors que les coordinateurs de la PTA Nord-Cotentin viennent exclusivement du milieu social. Par ailleurs, la PTA Sud-Manche est très couplée au Groupement Hospitalier de Territoire du Sud-Manche, ce qui en fait un modèle très hospitalo-centré, alors que les prises en charge de la PTA Nord-Cotentin se veulent ambulatoires autant que possible. DISCUSSION : Les deux fonctionnements s'avèrent efficaces, avec un essor visible au nord comme au sud, plus marqué au nord. Les deux équipes ont répondu de façon différente mais adaptée à la demande de l'Etat de créer des structures d'appui à la coordination. CONCLUSION : Cet appui sera peut-être un facteur d'attractivité pour les médecins installés et les médecins remplaçants ou cherchant à s'installer. D'ici 2022 Les PTA s'intégreront aux Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), plan prévu par le ministère de la santé pour simplifier les parcours de soins, et ce au bénéfice du patient comme de son médecin traitant.

MOTS-CLÉS : Plateforme Territoriale d'Appui ; Nord-Cotentin ; Sud-Manche ; coordination ; patient ; médecin traitant ; communication.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Territorial Support Platforms in Department of Manche, Normandy, France (Nord-Cotentin and Sud-Manche) : Description of their starting-up and working.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS : INTRODUCTION : The two Territorial Support Platforms for a coordinated healthcare circuit in France, Normandy, Manche (Nord-Cotentin and Sud-Manche), have begun at the beginning of 2018, following the directives of the law about the health system reform passed in January 2016. GOAL of this study : describe the starting-up and working of these two Platforms. METHODES : qualitative study, written from semi-directed interviews with the project coordinators of the two Platforms. RESULTS : The two Platforms don't work the same way, because the doctors who started them up didn't have the same goals. The coordinators of The Sud-Manche Platform come from the medical field, and those of the Nord-Cotentin Platform come from the social field. The Sud-Manche Platform focused its activity around the Territorial Hospital Complex, while the Nord-Cotentin Platform tries as much as possible to keep its functioning away from the hospital. DISCUSSION : The two Platforms seem efficient ; both of them are quickly growing, especially in the north. Both teams followed differently but appropriately the directions of the law of 2016, asking to create coordination support structures. CONCLUSION : This support may be an attraction factor for the doctors on the territory. In 2022 the Platforms will merge with other coordination support facilities. This action is planned by the health ministry to make the healthcare channels easier, and consequently to help the patient and his family doctor.

KEY WORDS : Territorial Support Platform ; Nord-Cotentin ; Sud-Manche ; coordination ; patient ; family doctor ; communication.